

# 목차

contents

## I. 어린이 국가예방접종사업 안내(한국어)

- 1. 국가예방접종사업 안내(지정 의료기관 확인방법 외), 예방접종 절차 안내서(한국어) ..... 2
- 2. 예방접종 예진표, 표준예방접종 일정표(한국어) ..... 4
- 3. 예방접종 기록 확인 방법 및 귀국 시 예방접종증명서 발급 안내 ..... 6

## II. 어린이 국가예방접종사업 안내(다국어)

- 국가예방접종사업 안내(지정 의료기관 확인방법 외), 예방접종 절차 안내서
  - 예방접종 예진표, 표준예방접종 일정표
  - 예방접종 확인 안내 및 귀국 시 예방접종증명서 발급 안내
  - 국가예방접종 지원사업(어린이, B형간염 주사기, HPV, 인플루엔자)
- 1. 네팔어(नेपाली भाषा) ..... 7
  - 2. 라오스어(ລາວ) ..... 15
  - 3. 러시아어(Русский язык) ..... 23
  - 4. 몽골어(Монгол хэл) ..... 31
  - 5. 베트남어(Tiếng Việt) ..... 39
  - 6. 영어(English) ..... 47
  - 7. 우즈베키스탄어(O'zbekcha) ..... 55
  - 8. 일본어(日本語) ..... 63
  - 9. 중국어(中文) ..... 71
  - 10. 캄보디아어(ភាសាខ្មែរ) ..... 79
  - 11. 태국어(ไทย) ..... 87
  - 12. 필리핀어(Pilipino) ..... 95



# 어린이 국가예방접종사업 안내

예방접종은 예방접종 대상 감염병으로부터 국민을 보호할 수 있는 안전하고 효과적인 방법으로, 비용부담 없이 가까운 지정의료기관에서 접종할 수 있도록 국가가 예방접종 비용을 전액 지원하고 있습니다.

## » 국가예방접종 지원백신

대상 감염병	백신 종류 및 방법	횟수	출생시	4주 이내	1개월	2개월	4개월	6개월	12개월	15개월	18개월	19~23개월	24~35개월	4세	6세	11세	12세
B형간염	HepB	3	HepB 1회		HepB 2회			HepB 3회									
결핵	BCG(피내용)	1	BCG 1회														
디프테리아 파상풍 백일해	DTaP	5		DTaP 1회	DTaP 2회	DTaP 3회		DTaP 4회						DTaP 5회			
폴리오	IPV	4			IPV 1회	IPV 2회		IPV 3회						IPV 4회			
뇌척수막염(소아) 감염증	Hib	4			Hib 1회	Hib 2회	Hib 3회	Hib 4회									
폐렴구균 감염증	PCV	4			PCV 1회	PCV 2회	PCV 3회	PCV 4회									
유행성 이하선염 홍진	MMR	3						MMR 1회							MMR 2회		
수두	VAR	1						VAR 1회									
A형간염	HepA	2									HepA 1~2회						
일본뇌염	LEV(불활성화 백신)	5									LEV 1회	LEV 2회		LEV 3회	LEV 4회	LEV 5회	
사람유두종바이러스 감염증	HPV	2															HPV 1~2회
인플루엔자	IV	-															IV 매년 접종

## » 무료 접종 지정 의료기관

- 지정의료기관은 예방접종도우미 누리집(<https://nip.kdca.go.kr>)에서 확인할 수 있습니다.
  - \* 지정의료기관 방문 전 접종 가능한 백신 종류를 확인하시기 바랍니다.
  - \* 지정의료기관 정보는 한국어로 제공됩니다.
- 부득이한 사유로 출생신고가 1개월 이상 지연되었다면 보건소에서 예방접종을 위한 '임시관리번호'를 발급받으면 무료 접종 가능합니다.
- 접종기관에서 전산등록한 자녀의 예방접종 기록은 예방접종도우미 누리집에서 확인할 수 있습니다. 예방접종을 완료하지 않은 경우, 가까운 보건소 또는 지정의료기관을 방문하여 무료접종 받으시길 바랍니다. 만약 예방접종을 완료하였으나 전산등록이 누락된 경우 접종기관에 전산등록을 요청하시기 바랍니다(한국어로만 지원).
- 더 궁금한 사항은 인터넷 예방접종도우미 누리집 통해 확인하거나 전화로 문의주세요..

누리집: <https://nip.kdca.go.kr> | 전화번호: 043-719-8398~8399 | 다누리콜센터: 1577-1366

# 예방접종 절차 안내서(다문화가정 보호자용)

1. 귀하의 모국어로 작성된 '예방접종 예진표'를 보고, '(한글) 예방접종 예진표'를 작성해 주세요.

## 〈예방접종 예진표 작성시 주의사항〉

- 자녀의 성명은 한글 또는 영어로 작성해 주세요.
- 주민등록번호(외국인 등록번호)를 작성하세요.  
만약, 주민등록번호(외국인 등록번호)가 없는 경우 보건소에서 예방접종을 위해 발급받은 '임시관리번호'를 작성하세요.
- 주민등록상 생년월일과 실제 생년월일이 다른 경우 해당 칸에 실제 생년월일을 적습니다.  
※ 접종일정은 실제 생년월일을 기준으로 정해지므로, 실제 생년월일이 다른 경우 실제 생년월일을 증빙할 수 있는 서류(출생신고서 등)를 가지고 가까운 보건소에 변경 요청 하세요.
- 오늘 아픈 곳이 있으면 다음 증세를 참고하여 작성해주세요.

- |       |       |             |       |       |
|-------|-------|-------------|-------|-------|
| 1. 발열 | 2. 기침 | 3. 목이아픔(부음) | 4. 설사 | 5. 복통 |
| 6. 구토 | 7. 두통 | 8. 기운이없음    | 9. 기타 |       |

### ■ '예방접종 예진표' 작성 시 챙겨주세요!

- '휴대전화번호 표기 및 문자수신 동의' 확인 합니다.
- 안내문자 발송 시 희망하는 언어를 얘기 합니다.
- 다음 접종 일정부터 한국어 외 희망하는 언어로 '다음 접종명 및 접종일자'를 문자로 안내 받을 수 있습니다.
- 희망언어 선택 시, 다른 보호자의 휴대전화번호를 추가 등록하면 '다음 접종일정'을 같이 안내받을 수 있습니다.

- 자녀의 이름이 호명될 때까지 진료실 앞에서 잠시 대기해 주세요.
- (접종 전) 과거에 동일한 접종을 했었는지 자녀의 과거 접종내역을 확인합니다.  
※ 예진 의사 선생님이 자녀의 과거 접종내역을 전산시스템으로 조회할 수 있습니다.  
※ 자녀의 예방접종 기록이 표시된 예방접종증명서 또는 아기수첩을 가지고 있는 경우 예진 의사에게 보여주세요.
- (접종 전) 예진 의사가 설명하는 상담내용과 이상반응에 대해 잘 듣습니다.  
※ 한글이 어려운 경우 예진 의사에게 모국어로 표시된 '예방접종 안내문(VIS)'를 출력해 달라고 요청해서 '예방접종 후 주의사항 및 이상반응'에 대해 잘 읽습니다.
- (접종 시) 예진 의사가 안전하게 접종할 수 있도록, 자녀가 어리면 보호자가 아이를 허벅지 위에 앉히고 한쪽 팔로 자녀의 상체를 감싸 안습니다.
- (접종 시) 예방접종 전·후 주의사항을 잘 듣고, 접종을 받습니다.
- (접종 후) 자녀의 다음 접종 일자를 예진 의사와 상의하여 정합니다.
- (접종 후) 병원에 20~30분간 머물면서 이상반응이 발생하는지 관찰합니다.
- (귀가 후) 적어도 3시간 이상 주의 깊게 증상을 관찰하며, 고열이 있거나 평소와 다른 신체증상이 나타나면 즉시 의사의 진료를 받도록 합니다.  
※ 예방접종과 관련한 통역이 필요할 경우 다누리콜센터(1577-1366)로 전화하면 도움을 받을 수 있습니다.





# खोप प्रक्रियाको लागि गाइड

(बहुसांस्कृतिक परिवारका लागि अभिभावकहरू)

1. कृपया आफ्नो मातृभाषामा 'खोप परीक्षण प्रश्नावली' पढ्नुहोस् र '(कोरियाली) खोप परीक्षण प्रश्नावली' भर्नुहोस्।

## <खोप परीक्षण प्रश्नावली भर्नुका लागि निर्देशनहरू>

- कृपया आफ्नो बच्चाको नाम कोरियाली वा अंग्रेजीमा बताउनुहोस्।
- कृपया आफ्नो बच्चाको निवासी दर्ता नम्बर (विदेशी दर्ता नम्बर) बताउनुहोस्।  
यदि तपाईंको बच्चासँग निवासी दर्ता नम्बर (विदेशी दर्ता नम्बर) छैन भने, कृपया खोपको लागि सार्वजनिक स्वास्थ्य केन्द्रले जारी गरेको 'अस्थायी व्यवस्थापन नम्बर' बताउनुहोस्।
- यदि निवासी दर्तामा तपाईंको जन्म मिति उसको वास्तविक जन्म मिति भन्दा फरक छ भने, कृपया संकेत गरिएको बाकसमा तपाईंको बच्चाको वास्तविक जन्म मिति बताउनुहोस्।  
※ तपाईंको बच्चाको खोप तालिका उसको वास्तविक जन्म मितिको आधारमा निर्धारण गरिनेछ। यदि तपाईंको बच्चाको वास्तविक जन्म मिति निवासी दर्तामा उल्लिखित मितिभन्दा फरक छ भने, कृपया आवश्यक कागजातहरू (जन्म प्रमाणपत्र, आदि) को साथ नजिकैको सार्वजनिक स्वास्थ्य केन्द्रमा जन्म मिति अद्यावधिक गर्नुहोस्।
- यदि तपाईंको बच्चा आज बिरामी छ भने, कृपया लक्षणहरू निम्नानुसार बताउनुहोस्:

- |                 |                 |                 |              |               |
|-----------------|-----------------|-----------------|--------------|---------------|
| 1. ज्वरो        | 2. खोकी         | 3. घाँटी दुख्ने | 4. झाडापखाला | 5. पेट दुख्ने |
| 6. बान्ता गर्नु | 7. टाउको दुख्ने | 8. कमजोरी       | 9. अन्य      |               |

■ 'खोप परीक्षण प्रश्नावली' भर्दा निम्न कुराहरू सम्झनुहोस्!

- फोन नम्बर प्रकट गर्न र पाठ सन्देशहरू प्राप्त गर्न सहमति 'जाँच गर्न निश्चित गर्नुहोस्।
- कृपया तपाईंले जानकारी प्राप्त गर्न चाहनुभएको भाषा बताउनुहोस्।
- तपाईंलाई चयन गरिएको भाषामा 'अर्को खोपको नाम र खोप मिति' मा जानकारी प्रदान गरिनेछ।
- आफ्नो भाषा छनौट गर्दा, दिइएको मोबाइल फोन नम्बरमा पनि 'अर्को खोप मिति' जानकारी प्राप्त गर्न आफ्नो बच्चाको अन्य हेरचाहकर्ताको मोबाइल फोन नम्बर दर्ता गर्नुहोस्।

- कृपया परीक्षा कोठाको अगाडि पर्खनुहोस् जबसम्म तपाईंको बच्चाको नाम बोलाईदैन।
- (खोप लगाउनु अघि) कृपया आफ्नो बच्चाको खोप इतिहास जाँच गर्नुहोस् कि उनीहरूले विगतमा उस्तै खोप पाएका छैनन्।  
※ परीक्षण चिकित्सकले कम्प्युटर प्रणाली मार्फत तपाईंको बच्चाको विगतका खोपहरू हेर्न सक्छन्।  
※ तपाईंसँग खोप प्रमाणपत्र वा बच्चाको लग छ भने तपाईंको बच्चाको खोप इतिहास उल्लेख गर्दछ, कृपया यसलाई परीक्षण चिकित्सकलाई देखाउनुहोस्।
- (खोप लगाउनु अघि) कृपया ध्यान दिएर सुन्नुहोस् किनकि परीक्षण चिकित्सकले खोप र सम्भावित प्रतिकूल प्रतिक्रियाहरू बताउँछन्।  
※ तपाईंलाई कोरियाली भाषा बुझ्न गाह्रो भई रहेको छ भने, कृपया परीक्षण चिकित्सकलाई तपाईंको मातृभाषामा 'खोप जानकारी पाना' को प्रतिलिपि छाप सोध्नुहोस्। कृपया 'खोप पछिको सावधानी र प्रतिकूल प्रतिक्रियाहरू' ध्यानपूर्वक पढ्नुहोस्।
- (खोप लगाउने क्रममा) तपाईंको बच्चा सानो छ भने, कृपया उसलाई आफ्नो काखमा राख्नुहोस् र चिकित्सकलाई सुरक्षित रूपमा खोप लगाउन मद्दत गर्न तपाईंको बच्चाको धडको वरिपरि हात लपेट्नुहोस्।
- (खोप लगाउने क्रममा) तपाईंको बच्चालाई खोप लगाउनु अघि खोप लगाउनु अघि र पछिको सावधानीहरूका बरमा तपाईंलाई सूचित गरिएको छ भनी सुनिश्चित गर्नुहोस्।
- (खोप लगाएपछि) तपाईंको बच्चाको लागि अर्को खोप मिति तय गर्न परीक्षण चिकित्सकसँग परामर्श गर्नुहोस्।
- (खोप लगाएपछि) कृपया 20 देखि 30 मिनेटसम्म अस्पतालमा बस्नुहोस् र कुनै पनि प्रतिकूल प्रतिक्रियाको लागि आफ्नो बच्चालाई निरीक्षण गर्नुहोस्।
- (घरमा) कृपया आफ्नो बच्चालाई लक्षणहरूका लागि कम्तिमा 3 घण्टाको लागि सावधानीपूर्वक निगरानी गर्नुहोस्। तपाईंको बच्चालाई उच्च ज्वरो आएको छ वा कुनै असामान्य शारीरिक लक्षणहरू देखापरमा तुरुन्तै चिकित्सकको सल्लाह लिनुहोस्।

※ तपाईंलाई खोपको लागि व्याख्या सेवाहरू आवश्यक छ भने, कृपया दानुरी कल सेन्टर (1577-1366) मा सम्पर्क गर्नुहोस्।

# खोप फारम

सुरक्षित खोपको लागि तलका प्रश्नहरूलाई राम्रोसँग पढेर, आफै (कानूनी प्रतिनिधि, अभिभावक) विवरण चेक गरि भर्नुहोस्।

नाम	ना.प्र.न.	-	(□पु □म)
वास्तविक जन्ममिति	विदेशी दर्ता कार्ड नं.	-	(□पु □म)
फोन नं.	(घर)	(फोन नम्बर)	तौल kg

## खोप कार्यको लागि व्यक्तिगत विवरण प्रयोग बारेमा सहमति

आफै (कानूनी प्रतिनिधि, अभिभावक) चेक

- संक्रामक रोगको रोकथाम र व्यवस्थापन सम्बन्धि एन धारा 32 र संचलित धारा 32को उपधारा 3 को आधारमा ना.प्र.न. अदि व्यक्तिगत विवरण र संवेदनशील जानकारी संकलन गरेको छ । थप संकलन गरिने विषयवस्तु निम्नानुसार छन ।
- व्यक्तिगत विवरण संकलन. प्रयोग उदेश्य: अवश्यक खोपको अर्को खोप र समाप्ति जानकारी, खोपपछि प्रतिकूल प्रतिक्रिया हुने सम्बन्धि व्यवस्थापन र मेसेज व्यक्तिगत विवरण संकलन. प्रयोग उदेश्य: व्यक्तिगत विवरण (संवेदनशील जानकारी, ना.प्र.न. सम्बन्धि), फोन नं.(घर/फोन)
  - व्यक्तिगत विवरण राख्ने र प्रयोग अवधि 5 वर्ष
- खोप दिनु अघि खोप लगाउने व्यक्तिको खोप विवरण कम्प्युटर प्रणालीबाट पहिले नै चेक गर्नेमा सहमति छु ।  
\* खोपको विवरण पहिले चेक गर्नेमा सहमति नभएमा, अनावश्यक थप खोप वा क्रसखोप देखा पर्न सकिन्छ ।
- अवश्यक खोपको अर्को खोप र समाप्ति बारेमा जानकारी फोन मेसेज पाउनेमा सहमति छु ।  
\* मेसेज पाउनेमा सहमति नभएमा, सहमति नभएको विषय वस्तुको जानकारी पाउने छैन ।
- खोप पछि प्रतिकूल प्रतिक्रिया वा यस सम्बन्धित मेसेज पाउनेमा सहमति छु ।  
\* मेसेज पाउनेमा सहमति नभएमा, सहमति नभएको विषय वस्तुको जानकारी पाउने छैन ।

## खोप लगाउने व्यक्तिको बारेमा चेकजाँच

आफै (कानूनी प्रतिनिधि, अभिभावक) चेक

- आज बिरामी भएको छ ? रोगको लक्षणहरू लेख्नुहोस् ।  
( )  हुन्छ  हुदैन
- आँषधी अथवा खानेकुरा (अन्डा सहित) वा सुइ लगाउनबाट डर लग्ने वा एलर्जिकको लक्षणहरू देखिने केहि छ ?  हुन्छ  हुदैन
- बिगतमा खोप लगाएपछि प्रतिकूल प्रतिक्रिया भएको छ ? छ भने खोपको नाम लेख्नुहोस् ।  
(खोपको नाम: )  हुन्छ  हुदैन
- जन्मजत बिकृति, दम वा फोकसोमा रोग, मुटु रोग, मिर्गौल रोग, कलेजो रोग, मधुमेह र अन्त स्त्रावी रोग, रगत रोगहरूको उपचार गरेको छ ? छ भने रोगको नाम लेख्नुहोस् ।  
( )  हुन्छ  हुदैन
- क्र्याम्प भएको वा अन्य क्रेनिएल स्नायु प्रणाली रोग (गिललेड. बरे सिङ्गोम सहित) छ ?  हुन्छ  हुदैन
- क्यान्सर, ल्युकेमिया वा प्रतिरक्षा रोग छ ? छ भने रोगको नाम लेख्नुहोस् ।  
(रोगको नाम: )  हुन्छ  हुदैन
- पछिल्लो 3 महिना भित्र स्टेरोइडस, एन्टेन्सर ड्रग्स, विकिरणको उपचार गर्नु भएको छ ?  हुन्छ  हुदैन
- पछिल्लो 1 वर्ष भित्र रक्तदान लिएको वा इम्युनो ग्लोबुलिन लिएको छ ?  हुन्छ  हुदैन
- पछिल्लो 1 महिना भित्र खोप लिएको छ ? छ भने खोपको नाम लेख्नुहोस् ।  
(खोपको नाम )  हुन्छ  हुदैन
- (महिला) अहिले गर्भवति भएको वा अर्को महिनामा गर्भवति हुने संभावना छ ?  हुन्छ  हुदैन
- डाक्टरको नतिजा र प्रतिकूल प्रतिक्रियाको बारेमा व्याख्या सुनेपछि खोप लगाउने छु।  
स्वयं ( कानूनी प्रतिनिधि, अभिभावक) नाम: ( साइन) खोप लगाउने व्यक्तिसँग सम्बन्ध:  
\* खोप लगाउने व्यक्तिको जन्म दर्ता नभएको खण्डमा कानूनी प्रतिनिधिको ना. प्र. नं ( )  
साल महिना गते

डाक्टरको नतिजा (डाक्टरको रेकर्ड)		चेक <input checked="" type="checkbox"/>
शरीरको तापक्रम °C	खोप पछि प्रतिकूल प्रतिक्रिया सम्बन्धि जानकारी गरे	<input type="checkbox"/>
प्रतिकूल प्रतिक्रिया हेर्नेको लागि खोपपछि 20~ 30 मिनेट खोप दिने कार्यालयमा बस्ने बारेमा जानकारी दिए		<input type="checkbox"/>
पेपरवेट परिणाम:		
माथिका प्रश्नको परिणाम स्वरूप खोप दिन सम्भव छ ।	डाक्टरको नाम:	(सइन)

## 자녀의 예방접종 기록을 확인하세요. आपनो बच्चाको खोप-रकर्ड जाँच गर्नुहोस्।

### मेरो बच्चाको खोप इतिहास इलेक्ट्रोनिक रूपमा दर्ता गर्दा के फाइदाहरू छन्?

1. इलेक्ट्रोनिक दर्ताले खोप त्रुटिहरू रोक्न, अनावश्यक अतिरिक्त खोपहरू र लागतहरू कम गर्न मद्दत गर्दछ।
2. तपाईंको बच्चाको खोप इतिहास खोप सहायता वेबसाइटमा उपलब्ध हुनेछ।

- खोप सहायता वेबसाइट (<https://nip.kdca.go.kr>) मा साइन अप गर्नुहोस् र आफ्नो बच्चालाई उसको खोप इतिहास हेर्न दर्ता गर्नुहोस्
  - (तपाईंको बच्चा दर्ता गर्दै) खोप सहायता वेबसाइटमा साइन इन गर्नुहोस् → [खोपहरू प्रबन्ध गर्नुहोस्] → [मेरो बच्चाको खोपहरू व्यवस्थापन गर्नुहोस्] → [तपाईंको बच्चाको डेटा दर्ता गर्नुहोस्]
  - (आफ्नो बच्चाको रकर्ड हेर्दै) खोप सहायता वेबसाइटमा साइन इन गर्नुहोस् → [खोपहरू व्यवस्थापन गर्नुहोस्] → [मेरो बच्चाको खोपहरू व्यवस्थापन गर्नुहोस्] → [मेरो बच्चाको खोप इतिहास हेर्नुहोस्]

※ यदि तपाईं खोप सहायता वेबसाइटमा आफ्नो बच्चाको खोप इतिहास हेर्न सक्नुहुन्न भने, कृपया खोप प्रदान गर्ने चिकित्सा संस्थालाई तपाईंको बच्चाको इतिहास इलेक्ट्रोनिक रूपमा दर्ता गर्न अनुरोध गर्नुहोस्।  
 ※ 'खोप लग' हेरचाहकर्ताहरूलाई बच्चाको खोप इतिहास व्यवस्थापन गर्न मद्दत गर्नको लागि हो। खोप लग 'खोप प्रमाणपत्र'को सट्टा पेश गर्न सकिदैन।

### 3. 'खोप प्रमाणपत्रहरू' निःशुल्क (कोरियाली वा अंग्रेजीमा) अनलाइन जारी गर्न सकिन्छ।

- खोप सहायता वेबसाइटमा साइन इन गर्नुहोस् → [खोपहरू व्यवस्थापन गर्नुहोस्] → [इलेक्ट्रोनिक सेवाहरू] → [खोप प्रमाणपत्र]

### 4. तपाईंको बच्चाको अर्को खोप मितिको पाठ सन्देश रिमाइन्डरहरूका लागि साइन अप गर्नुहोस्।

- आफ्नो मोबाइल फोन नम्बर (आमाबाबु, हेरचाहकर्ता वा कानूनी अभिभावक) अनिवार्य खोपको लागि तपाईंको बच्चाको अर्को खोप मितिको पाठ सन्देश रिमाइन्डरहरू प्राप्त गर्न खोप प्रदान गर्ने चिकित्सा संस्थामा दर्ता गर्नुहोस्।
  - यदि तपाईं यो जानकारी आफ्नो मातृभाषामा प्राप्त गर्न चाहनुहुन्छ भने, कृपया खोप प्रदान गर्ने चिकित्सा संस्थालाई सूचित गर्नुहोस्। तपाईंले कोरियाली र तपाईंको मातृभाषा दुवैमा पाठ सन्देश सूचनाहरू प्राप्त गर्नुहुनेछ।
    - आफ्नो भाषा छनौट गर्दा, आफ्नो बच्चाको अन्य हेरचाहकर्ताको मोबाइल फोन नम्बर दर्ता गर्नुहोस् र त्यो मोबाइल फोन नम्बरमा पनि 'अर्को खोप मिति' जानकारी प्राप्त गर्नुहोस्।
- \* उपलब्ध भाषाहरू(12): नेपाली, लाओ, रूसी, मंगोलियाली, भियतनामी, अङ्ग्रेजी, उज्बेक, जापानी, चिनियाँ, खमेर, तागालोग

### विदेशमा बसेर कोरिया फर्किदा कृपया खोपको प्रमाणपत्र प्राप्त गर्नुहोस्।

यदि तपाईंको बच्चाले विदेशमा खोप प्राप्त गरेको छ भने, कृपया कोरिया फर्कनु अघि 'अंग्रेजी खोप प्रमाणपत्र' वा 'खोप प्रदान गर्ने चिकित्सा संस्थाको आधिकारिक हस्ताक्षर वा छाप भएको कागजात' प्राप्त गर्नुहोस्। कृपया तपाईंको नजिकको सार्वजनिक स्वास्थ्य केन्द्रलाई कागजात(हरू) इलेक्ट्रोनिक रूपमा दर्ता गर्न अनुरोध गर्नुहोस्।

विद्यार्थी र बालबालिकाको स्वास्थ्यको रक्षा गर्न र संक्रामक रोगको फैलावट रोक्नको लागि, कोरिया गणतन्त्रले डेकेयर, प्राथमिक विद्यालय वा माध्यमिक विद्यालयमा प्रवेश गर्ने विद्यार्थीहरूलाई सबै विद्यार्थीहरूले अनिवार्य खोप पूरा गरेको छ कि छैन भनेर निश्चित गर्न खोप प्रमाणपत्र पेश गर्न आवश्यक छ।  
 खोप सहायता वेबसाइटमा पूरा खोपको रकर्ड भएका विद्यार्थीहरूले आफ्नो विद्यालयमा <खोप प्रमाणपत्र> पेश गर्न आवश्यक छैन।  
 \* कानूनी आधारहरू: संक्रामक रोग नियन्त्रण र रोकथाम ऐनको धारा 31, विद्यालय स्वास्थ्य ऐनको धारा 10 र बाल हेरचाह ऐनको धारा 31

## राष्ट्रीय टिकाकरण कार्यक्रम गाइड 국가예방접종 사업안내

### ▶ प्राथमिक वा माध्यमिक विद्यालयमा प्रवेश गर्ने विद्यार्थीहरूका लागि खोप अनुगमन कार्यक्रम

बालबालिकालाई सङ्क्रामक रोगबाट जोगाउन आवश्यक खोप निःशुल्क उपलब्ध गराइन्छ।

- **योग्यता:** 12 वर्षसम्मका बालबालिका  
 ※ यस वर्ष निःशुल्क खोपको योग्यताको बरमा सोधपुछको लागि आफ्नो नजिकको सार्वजनिक स्वास्थ्य केन्द्र वा तोकिएको स्वास्थ्य संस्थामा सम्पर्क गर्नुहोस्।
- **कार्यक्रम विवरण:** अनिवार्य खोपको लागि लागतको पूर्ण अनुदान
- **प्रदान गरिएको खोपहरू:** 18

क्षयरोग (BCG, इन्ट्रामर्शल), हेपाटाइटिस बी (HepB), डिप्थेरिया/टिटानस/लहर खोकी (DTap), टिटानस/डिप्थेरिया (Td), टिटानस/डिप्थेरिया/लहर खोकी (Tdap), पोलियो (IPV), डिप्थेरिया/टिटानस/लहर खोकी/पोलियो(DTaP-IPV), डिप्थेरिया/टिटानस/लहर खोकी/पोलियो/हेमोफिलस इन्फ्लुएन्जा टाइप बि(DTaP-IPV/Hib), हेमोफिलस इन्फ्लुएन्जा टाइप बि (Hib), न्यूमोकोकल कन्जुगेट (PCV), रिटाभाइरस (RV), दादुरा/गलफुलो/रुबेला (MMR), भेरिसेला (VAR), हेपाटाइटिस ए (HepA), निष्क्रिय जापानी इन्सेफलाइटिस खोप, (IJEV), लाइभ-एटेन्युएटेड जापानी इन्सेफलाइटिस खोप (LJEV), मानव प्यापिलोमाभाइरस (HPV), इन्फ्लुएन्जा (IIV)

※ इन्ट्रामर्शल बीसीजी, न्यूमोकोकल कन्जुगेट, हेमोफिलस इन्फ्लुएन्जा टाइप बी र हेपाटाइटिस ए जस्ता नशित खोपहरूका लागि अनुदानको लागि उमेर प्रतिबन्धहरू लागू हुन्छन्।

- **खोप प्रदायक:** नजिकको सार्वजनिक स्वास्थ्य केन्द्र वा तोकिएका स्वास्थ्य संस्था  
 ※ आफ्नो नजिकको निर्दिष्ट चिकित्सा संस्थाहरू फेला पार्न, खोप सहायता वेबसाइट (<https://nip.kdca.go.kr>) सँग परामर्श गर्नुहोस्  
 ※ केही स्थानीय तहले सञ्चालन गरका सार्वजनिक स्वास्थ्य केन्द्रहरूले परीक्षा दिन नसक्ने हुन सक्छ। कृपया भ्रमण गर्नु अघि जाँच गर्नुहोस्।

### ▶ हेपाटाइटिस बी सम्भावित संक्रमण रोकथाम कार्यक्रम

हेपाटाइटिस बी पोझिटिभ आमाहरूबाट जन्मेका नवजात शिशुहरूमा हेपाटाइटिस बी पेरेनेटल संक्रमण रोक्न, जन्ममा इम्युनोग्लोब्युलिनको प्रयोग, हेपाटाइटिस बी विरुद्ध खोप र एन्टिजेन र एन्टिबडी परीक्षण लागतहरू पूर्ण रूपमा अनुदान दिइन्छ।

- **योग्यता:** हेपाटाइटिस बी सतह एन्टिजेन (HBsAg) सकारात्मक वा ई-एन्टिजेन (HBeAg) सकारात्मक आमाहरूमा जन्मेका नवजात शिशुहरू
  - आमाहरूले गर्भावस्थाको समयमा प्रसवपूर्व परीक्षण रिपोर्ट पेश गरेका छन्\* र व्यक्तिगत जानकारीको प्रावधानमा सहमति दिएका छन्  
 \* सकारात्मक मातृ सतह एन्टिजेन (HBsAg) वा ई एन्टिजेन (HBeAg) गर्भावस्थाको समयमा वा जन्म पछि 7 दिन भित्र परिणाम
- **कार्यक्रम विवरण:**
  - ① जन्ममा इम्युनोग्लोबुलिनको एकल प्रशासन, ② 3 आधारभूत खोपहरू (0, 1 र 6 महिनामा), र ③ 1 हेपाटाइटिस बी एन्टिजेन/आधारभूत खोपहरू पछि एन्टिबडी परीक्षण
 ※ प्राथमिक एन्टिजेन र एन्टिबडी परीक्षणको नतिजाका आधारमा पुनः खोप (3 पटकसम्म) र पुनः परीक्षण (2 पटकसम्म) का लागि थप अनुदान
- **खोप प्रदायक:** नजिकको सार्वजनिक स्वास्थ्य केन्द्र वा तोकिएका स्वास्थ्य संस्था  
 ※ आफ्नो नजिकको निर्दिष्ट चिकित्सा संस्थाहरू फेला पार्न, खोप सहायता वेबसाइट (<https://nip.kdca.go.kr>) सँग परामर्श गर्नुहोस्  
 ※ केही स्थानीय तहले सञ्चालन गरका सार्वजनिक स्वास्थ्य केन्द्रहरूले परीक्षा दिन नसक्ने हुन सक्छ। कृपया भ्रमण गर्नु अघि जाँच गर्नुहोस्।

## राष्ट्रिय खोप सेवा परियोजना

### 국가예방접종 지원사업

#### » राष्ट्रीय मानव पेपिलोमावायरस (HPV) खोप कार्यक्रम

हुमन प्यापिलोमाभाइरस (HPV) संक्रमणबाट हुने पाठेघरको मुखको क्यान्सर जस्ता क्यान्सर रोक्नको लागि HPV खोपको लागत पूर्ण रूपमा अनुदान दिइन्छ।

- **योग्यता:** 12 देखि 17 वर्षका केटीहरू, कम आय भएका\* 18 देखि 26 वर्षका महिलाहरू  
\* आधारभूत जीवन सुरक्षा लाभग्राही र न्यून आय भएका व्यक्तिहरू ("राष्ट्रिय आधारभूत जीवन सुरक्षा ऐन" अन्तर्गत मानक औसत आयको 50% वा सोभन्दा कम)  
\* योग्यताको विवरणको लागि तपाईंको नजिकको सार्वजनिक स्वास्थ्य केन्द्र वा तोकिएको चिकित्सा संस्थामा सम्पर्क गर्नुहोस्
- **कार्यक्रम विवरण:** मानव प्यापिलोमाभाइरस (HPV) संक्रमण खोप लागतको पूर्ण अनुदान\*  
\* खोपको मापदण्ड अनुसार सब्सिडी: यदि पहिलो खोपको समयमा उमेर 14 वा कम छ भने 2 खोप आवश्यक छ; यदि पहिलो खोपको समयमा उमेर 15 वा सोभन्दा बढी छ भने 3 वटा खोप लगाउन आवश्यक छ  
\* 12 वर्ष वा सोभन्दा बढी उमेरका किशोरकिशोरीका लागि HPV खोपसँगै स्वास्थ्य परामर्श प्रदान गरिन्छ।
- **प्रदान गरिएका खोपहरू:** कोबारिक्स (HPV2), गार्डसिल (HPV4)  
\* HPV 9 खोप सब्सिडीको लागि योग्य छैन
- **खोप प्रदायक:** नजिकैको सार्वजनिक स्वास्थ्य केन्द्र वा तोकिएका स्वास्थ्य संस्था  
\* आफ्नो नजिकको निर्दिष्ट चिकित्सा संस्थाहरू फेला पार्न, खोप सहायता वेबसाइट (<https://nip.kdca.go.kr>) सँग परामर्श गर्नुहोस्  
\* केही स्थानीय तहले सञ्चालन गरका सार्वजनिक स्वास्थ्य केन्द्रहरूले परीक्षा दिन नसक्ने हुन सक्छ। कृपया भ्रमण गर्नु अघि जाँच गर्नुहोस्

#### » राष्ट्रिय इन्फ्लुएन्जा प्रतिक्रिया कार्यक्रम

इन्फ्लुएन्जा संक्रमण रोक्न, बालबालिका र ज्येष्ठ नागरिक र जटिलताको उच्च जोखिममा रहेका गर्भवती महिलाहरूलाई इन्फ्लुएन्जा खोपको लागत पूर्ण रूपमा अनुदान दिइन्छ।

\* इन्फ्लुएन्जा खोप कार्यक्रम मौसमी रूपमा सञ्चालन गरिन्छ; कृपया कार्यक्रम तालिकाको लागि प्रत्येक वर्ष सेप्टेम्बरको वरिपरि खोप सहायता वेबसाइटमा परामर्श गर्नुहोस्।

- **योग्यता:** 6 महिना देखि 13 वर्ष उमेरका बालबालिका, गर्भवती महिला, 65 वर्ष वा त्यो भन्दा बढी उमेरका वरिष्ठहरु  
\* योग्यताको विवरणको लागि तपाईंको नजिकको सार्वजनिक स्वास्थ्य केन्द्र वा तोकिएको चिकित्सा संस्थामा सम्पर्क गर्नुहोस्
- **कार्यक्रम विवरण:** प्रतिमौसम 1 इन्फ्लुएन्जा खोप  
\* 6 महिनादेखि 8 वर्ष उमेरका योग्य व्यक्तिहरूलाई पहिलो पटक इन्फ्लुएन्जा खोप लगाइएका व्यक्तिहरूका लागि 2 खोपहरू
- **खोप प्रदायक:** नजिकैको सार्वजनिक स्वास्थ्य केन्द्र वा तोकिएका स्वास्थ्य संस्था  
\* आफ्नो नजिकको निर्दिष्ट चिकित्सा संस्थाहरू फेला पार्न, खोप सहायता वेबसाइट (<https://nip.kdca.go.kr>) सँग परामर्श गर्नुहोस्  
\* केही स्थानीय तहले सञ्चालन गरेका सार्वजनिक स्वास्थ्य केन्द्रहरूले परीक्षा दिन नसक्ने हुन सक्छ। कृपया भ्रमण गर्नु अघि जाँच गर्नुहोस्

## प्राथमिक वा माध्यमिक विद्यालयमा प्रवेश गर्ने विद्यार्थीहरूका लागि खोप अनुगमन कार्यक्रम

### 초·중학교 입학생 예방접종 확인사업

#### » प्राथमिक वा माध्यमिक विद्यालयमा प्रवेश गर्ने विद्यार्थीहरूका लागि खोप अनुगमन कार्यक्रम

विद्यालयहरूमा सङ्क्रामक रोगको फैलावट रोक्न, प्राथमिक वा माध्यमिक विद्यालयमा प्रवेश गर्ने विद्यार्थीहरूका खोप-रकडजाँच गरिन्छ\* र खोप नलगाएका विद्यार्थीहरूलाई खोप प्राप्त गर्न प्रोत्साहित गरिन्छ।

\* «सङ्क्रामक रोग नियन्त्रण तथा रोकथाम ऐन» धारा 31 (खोप पूरा भएको निश्चिती), «विद्यालय स्वास्थ्य ऐन» धारा 10 (खोपको पूर्णताको निरीक्षण)

- **योग्यता:** हालको वर्षमा प्राथमिक वा माध्यमिक विद्यालयमा प्रवेश गर्ने विद्यार्थीहरू
- **आवश्यक खोपहरू:**
  - (प्राथमिक विद्यालय) 4 देखि 6 वर्ष उमेरका बालबालिकाका लागि 4 अनिवार्य खोपहरू  
\* DTaP पाँचौं पटक, IPV चौथो पटक, MMR दोस्रो पटक, निष्क्रिय जापानी इन्सेफलाइटिस खोप चौथो पटक (वा लाइभ-एटेन्नुएटेड भ्याक्सिन दोस्रो पटक)
  - (माध्यमिक विद्यालय) 11 देखि 12 वर्षका बालबालिकाका लागि 3 अनिवार्य खोपहरू  
\* Tdap(वा TD) छैठौं पटक, निष्क्रिय जापानी इन्सेफलाइटिस भ्याक्सिन पाँचौं पटक (वा लाइभ-एटेन्नुएटेड भ्याक्सिन दोस्रो पटक), HPV पहिलो पटक (केटी विद्यार्थीहरू)
- **कार्यक्रम विवरण:**

विद्यालय र सार्वजनिक स्वास्थ्य केन्द्रहरूले शिक्षा मन्त्रालयबाट नयाँ विद्यार्थीहरूको डेटा र कोरिया रोग नियन्त्रण र रोकथाम एजेन्सीबाट खोप डेटा खोप पुष्टि गर्न प्रयोग गर्छन्; खोप नलगाएका विद्यार्थीहरूलाई खोप प्राप्त गर्न प्रोत्साहित गरिन्छ र खोप कसरी प्राप्त गर्ने भन्ने बारेमा जानकारी प्रदान गरिन्छ

\* खोप सहायता वेबसाइटमा पूर्ण खोप-रकड भएका विद्यार्थीहरूले आफ्नो विद्यालयमा <खोप प्रमाणपत्र> पेश गर्न आवश्यक छैन।

\* <खोप विरोधाभास भएका व्यक्तिहरूले> निदान गर्ने चिकित्सा संस्था (वा खोप उपलब्ध गराउने चिकित्सा संस्था) लाई इलेक्ट्रोनिक रूपमा उनीहरूको <प्रतिक्रिया विरोधाभासहरू> दर्ता गर्न अनुरोध गर्नुपर्छ। यदि चिकित्सा संस्थाले विद्यार्थीको <प्रतिक्रिया विरोधाभासहरू> इलेक्ट्रोनिक रूपमा दर्ता गर्न सक्दैन भने, विद्यार्थीले <प्रतिक्रिया विरोधाभासहरू> निर्दिष्ट गर्ने मेडिकल प्रमाणपत्र प्राप्त गर्नुपर्छ र भर्ना पछि विद्यालयमा बुझाउनु पर्छ।

If the medical institution cannot electronically register a student's <Immunization Contraindications>, the student must receive a medical certificate specifying the <Immunization Contraindications> and submit the same to the school after admission

#### ▶ प्रतिक्रिया विरोधाभास भएका व्यक्तिहरू :

- खोपमा गम्भीर एलर्जी प्रतिक्रिया (एनाफिलेक्सिस) भएका व्यक्तिहरू वा अघिल्लो खोप पछि गम्भीर एलर्जी प्रतिक्रिया भएको छ
- लहर खोकीको खोप लगाएको 7 दिनभित्र अज्ञात कारणको इन्सेफालोप्याथी अनुभव भएका व्यक्तिहरू  
\* अस्थायी अवस्थाहरू जस्तै उच्च ज्वरो वा इम्युनो-ग्लोबुलिनको प्रशासन र अण्डा एलर्जी वा एटोपिक डर्मेटाइटिस खोप विरोधाभासहरू होइनन्



# ຄຳແນະນຳກ່ຽວກັບຂັ້ນຕອນການສັກວັກຊີນ (ສຳລັບຄອບຄົວຫຼາຍວັດທະນະທຳ)

1. ກະລຸນາອ່ານ 'ແບບສອບຖາມການກວດກາການສັກວັກຊີນ' ເປັນພາສາຂອງທ່ານ ແລະ ຈົ່ງຕື່ມແບບສອບຖາມ 'ການກວດກາການສັກວັກຊີນ (ເກົາຫຼີ)'

## < ຄຳແນະນຳສຳລັບການຕື່ມແບບສອບຖາມການກວດກາການສັກວັກຊີນ >

- ກະລຸນາລະບຸຊື່ລູກຫຼານຂອງທ່ານເປັນພາສາເກົາຫຼີ ຫຼື ພາສາອັງກິດ.
- ກະລຸນາລະບຸໝາຍເລກທະບຽນຜູ້ຢູ່ອາໄສຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານ (ໝາຍເລກທະບຽນຄົນຕ່າງປະເທດ). ຖ້າລູກຫຼານຂອງທ່ານບໍ່ມີໝາຍເລກທະບຽນຜູ້ຢູ່ອາໄສ (ໝາຍເລກທະບຽນຕ່າງປະເທດ), ກະລຸນາລະບຸ 'ເລກຄຸ້ມຄອງຊົ່ວຄາວ' ທີ່ອອກໂດຍສຸກສາລາເພື່ອການສັກວັກຊີນເສີມພູມຄຸ້ມກັນ.
- ຖ້າວັນເກີດຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານໃນທະບຽນທີ່ຢູ່ອາໄສແຕກຕ່າງຈາກວັນເກີດຕົວຈິງຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານ, ກະລຸນາລະບຸວັນເກີດຕົວຈິງໃນກ່ອງທີ່ລະບຸໄວ້. \* ກຳນົດເວລາການສັກວັກຊີນເສີມພູມຄຸ້ມກັນຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານຈະຖືກກຳນົດໂດຍອີງໃສ່ວັນເກີດຕົວຈິງຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານ. ຖ້າວັນເກີດຕົວຈິງຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານແຕກຕ່າງຈາກວັນເກີດທີ່ລະບຸໄວ້ໃນທະບຽນຜູ້ຢູ່ອາໄສ, ກະລຸນາປັບປຸງວັນເກີດຢູ່ສຸກສາລາເລະສຸກໃຈຮຽງພ້ອມກັບເອກະສານທີ່ຈຳເປັນ (ໃບຢັ້ງຢືນການເກີດເປັນຕົ້ນ).
- ຖ້າລູກຫຼານຂອງທ່ານເຈັບປ່ວຍໃນມື້ດັ່ງກ່າວ, ກະລຸນາລະບຸອາການດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- |            |            |           |            |                  |
|------------|------------|-----------|------------|------------------|
| 1. ໄຂ້ຫວັດ | 2. ໄອ      | 3. ເຈັບຄໍ | 4. ຖອກທ້ອງ | 5. ອາການເຈັບທ້ອງ |
| 6. ຮາກ     | 7. ເຈັບຫົວ | 8. ອ່ອນແອ | 9. ອື່ນໆ   |                  |

- ຈົ່ງຈື່ສິ່ງຕໍ່ໄປນີ້ເມື່ອຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ 'ແບບສອບຖາມການກວດກາການສັກວັກຊີນ!'
  - ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າກວດເບິ່ງ 'ຄວາມຍິນຍອມໃຫ້ເປີດເຜີຍເປີໂທລະສັບມິຖີ ແລະ ຮັບຂໍ້ຄວາມໃນໂທລະສັບ.'
  - ກະລຸນາລະບຸພາສາທີ່ທ່ານຕ້ອງການຮັບຂໍ້ມູນ. ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບ ຊື່ຂອງວັນສັກຢາ ແລະ ວັນສັກຢາຕໍ່ໄປ' ໃນພາສາທີ່ເລືອກ.
  - ມື້ເລືອກພາສາຂອງທ່ານແລ້ວໃຫ້ລົງທະບຽນເປີໂທລະສັບມິຖີຂອງຜູ້ດູແລຄົນອື່ນຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານເພື່ອຮັບຂໍ້ມູນ 'ວັນສັກຢາວັກຊີນຕໍ່ໄປ' ທີ່ເປີໂທລະສັບມິຖີດັ່ງກ່າວນັ້ນເຊັ່ນດຽວກັນ.

- ໃຫ້ລິ ລິ ຖ້າຢູ່ຕໍ່ຫນ້າ ຫ້ອງສອບເສັງ ງົວ ນກວ່າຊື່ຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານຈະຖືກ ກເອີ້ນ.
- ກ່ອນທີ່ຈະສັກ ວັກຊີນ) ກະລຸນາກວດເບິ່ງປະຫວັດການສັກ ວັກຊີນ ຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານເພື່ອຮັບປະກັນວ່າພວກເຂົາບໍ່ໄດ້ສັກ ວັກຊີນ ນປະເພດດຽວກັນໃນເວລາຜ່ານມາ.
  - \* ແພດກວດກາຍະພາບອາດຈະຊອກຫາການສັກຢາວັກຊີນ ໃນໄລຍະຜ່ານມາຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານຜ່ານລະບົບຄອມພິວເຕີ.
  - \* ຖ້າທ່ານມີ ໃບຢັ້ງຢືນ ນການສັກຢາວັກຊີນ ຫຼື ບັນທຶກ ກເດີ ກນ້ອຍທີ່ລະບຸປະຫວັດການສັກຢາວັກຊີນ ຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານ, ກະລຸນາສະແດງໃຫ້ ແພດກວດກາຍະພາບ.
- ກ່ອນການສັກຢາວັກຊີນ) ກະລຸນາຟື້ງຢ່າງລະມັດລະວັງເວລາທີ່ແພດກວດກາຍະພາບອະທິບາຍຢາວັກຊີນ ແລະ ປະຕິກິລິຍາທີ່ບໍ່ດີ ທີ່ອາດຈະເປັນໄປໄດ້.
  - \* ຖ້າທ່ານມີ ຄວາມຫຍຸ້ງຍາກໃນການເຂົ້າໃຈພາສາເກົາຫຼີ, ກະລຸນາແຈ້ງບອກໃຫ້ແພດກວດກາຍະພາບເພື່ອພິມສຳເນົາຂອງ 'ອອກສານຂໍ້ມູນວັກຊີນ' ເປັນພາສາຂອງທ່ານ. ກະລຸນາອ່ານ 'ຂໍ້ຄວນລະວັງຫຼັງຈາກການສັກຢາວັກຊີນ ແລະ ປະຕິກິລິຍາທີ່ບໍ່ດີ' ຢ່າງລະມັດລະວັງ.
- (ໃນລະຫວ່າງການສັກຢາວັກຊີນ) ຖ້າລູກຫຼານຂອງທ່ານເປັນ ແດ້ ກນ້ອຍ, ກະລຸນາເອົາລາວນັ່ງຢູ່ຕັກຂອງທ່ານ ແລະ ເອົາແຂນອ້ອມໂຕຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານເພື່ອຊ່ວຍແພດກາຍະພາບໃຫ້ສັກຢາວັກຊີນ ຢ່າງປອດໄພ.
- (ໃນລະຫວ່າງການສັກຢາວັກຊີນ) ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການແຈ້ງເຕືອນກ່ຽວກັບການປ້ອງກັນກ່ອນ ແລະ ຫຼັງການສັກຢາວັກຊີນ ນກ່ອນທີ່ລູກຂອງທ່ານຈະໄດ້ຮັບການສັກຢາວັກຊີນ.
- ຫຼັງຈາກການສັກ ວັກຊີນ ແລ້ວ) ໃຫ້ປຶກສາກັບແພດກວດກາຍະພາບເພື່ອກຳນົດວັນສັກ ວັກຊີນ ຕໍ່ໄປສຳລັບ ລູກຫຼານຂອງທ່ານ.
- ຫຼັງຈາກການສັກຢາວັກຊີນ ແລ້ວ) ກະລຸນາຢູ່ໂຮງໝໍເປັນເວລາ 20 ຫາ 30 ນາທີ ກ່ອນ ແລະ ສັງເກດເບິ່ງລູກຫຼານຂອງທ່ານວ່າມີ ອາການແພ້ ຫຍ້ ຫຼື ບໍ່
- (ຢູ່ເຮືອນ) ກະລຸນາຕິດຕາມລູກຫຼານຂອງທ່ານຢ່າງລະມັດລະວັງຢ່າງຫນ້ອຍ 3 ຊົ່ວໂມງສຳລັບ ບອາການ. ຖ້າລູກຫຼານຂອງທ່ານຖ້າມີ ອາການໄຂ້ ສູງ ຫຼື ມີອາການທາງຮ່າງກາຍທີ່ບໍ່ປົກກະຕິ ແມ່ນໃຫ້ ໄປພົບແພດກັ ນທີ.

\* If you require interpretation services for vaccination, please contact the Danuri Call Center (1577-1366).

# ໃບສອບຖາມ ກ່ອນສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ

ເພື່ອຮັບປະກັນ ໃຫ້ການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດມີຄວາມປອດໄພ, ທ່ານ ຕ້ອງໄດ້ອ່ານຄຳຖາມດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ ໃຫ້ລະອຽດຊັດເຈນ, ພ້ອມທັງ ລົງສາຍເຊັນຕົນເອງ (ຜູ້ຕາງໜ້າ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງ) ໃສ່ໃນລາຍການທີ່ກຳນົດໃຫ້.

ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ	ເລກບັດປະຈຳຕົວ	-	( <input type="checkbox"/> ຊາຍ <input type="checkbox"/> ຍິງ)
ວັນເດືອນປີເກີດ ຕົວຈິງ	ເລກບັດຕ່າງດ້າວ	-	( <input type="checkbox"/> ຊາຍ <input type="checkbox"/> ຍິງ)
ເປີໂທ	(ເຮືອນ)	(ມິຖີ)	ນ້ຳໜັກ kg

ເຫັນດີ ໃຫ້ແພດໝໍ ນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ ເພື່ອດຳເນີນວຽກການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ		ຕົນເອງ (ຜູ້ຕາງໜ້າ, ຜູ້ປົກຄອງ) ເຫັນດີ <input checked="" type="checkbox"/>
ອີງຕາມ 'ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການຄວບຄຸມ ແລະ ປ້ອງກັນພະຍາດຕິດຕໍ່' ນາດຕາ 32 ແລະ ດຳລັດວ່າດ້ວຍການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດກົດໝາຍດັ່ງກ່າວ ນາດຕາ 32 ຂໍ້ 3, ຈະມີການເກັບກຳຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ ປະເພດເລກບັດປະຈຳຕົວ ແລະ ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ ທີ່ມີຄວາມລະອຽດອ່ອນ ໂດຍຂໍ້ມູນທີ່ຕ້ອງການເພີ່ມເຕີມ ມີດັ່ງລຸ່ມນີ້. <ul style="list-style-type: none"> <li>■ ຈຸດປະສົງການນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ: ເພື່ອແຈ້ງເຕືອນຜົນຂໍ້ຄວາມ ກ່ຽວກັບການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດແບບບັງຄັບ ແລະ ວັນນັດໝາຍການສັກຢາຄັ້ງຕໍ່ໄປ, ແຈ້ງລາຍການສັກຢາ ແລະ ແຈ້ງເຕືອນອາການ ທີ່ເກີດຂຶ້ນ ຫຼັງສັກຢາ.</li> <li>■ ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວທີ່ຕ້ອງການນຳໃຊ້: ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ (ລວມທັງ ຂໍ້ມູນທີ່ລະອຽດອ່ອນ, ເລກບັດປະຈຳຕົວ), ເປີໂທ (ເຮືອນ ແລະ ມິຖີ)</li> <li>■ ໄລຍະເວລາການເກັບຮັກສາ ແລະ ນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ: 5 ປີ</li> </ul>		
ກ່ອນຈະສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ, ຂ້າພະເຈົ້າ ເຫັນດີ ໃຫ້ແພດໝໍ ກວດຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງຕົນເອງ ຢູ່ໃນລະບົບຖານຂໍ້ມູນເພື່ອຄຸ້ມຄອງການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ. ຖ້າທ່ານ ບໍ່ເຫັນດີ ໃຫ້ແພດໝໍ ກວດຂໍ້ມູນການສັກຢາ ລ່ວງໜ້າ, ລູກຂອງທ່ານ ອາດຈະຖືກສັກຢາເພີ່ມເຕີມບາງຢ່າງ ທີ່ບໍ່ຈຳເປັນ ແລະ ສັກຢາຊ້ຳຊ້ອນ ກໍ່ເປັນໄປໄດ້.	<input type="checkbox"/> ເຫັນດີ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຫັນດີ
ເຫັນດີຮັບຂໍ້ຄວາມແຈ້ງເຕືອນທາງມິຖີ ກ່ຽວກັບວັນນັດໝາຍສັກຢາຄັ້ງຕໍ່ໄປ ແລະ ຜົນການສັກຢາ ຄົບຖ້ວນກຳນົດ * ຖ້າທ່ານ ບໍ່ເຫັນດີຮັບຂໍ້ຄວາມແຈ້ງທາງມິຖີ, ທ່ານ ຈະບໍ່ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວເຫັນດີນັ້ນ.	<input type="checkbox"/> ເຫັນດີ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຫັນດີ
ຂ້າພະເຈົ້າ ເຫັນດີ ຮັບຂໍ້ຄວາມແຈ້ງອະທິບາຍອາການເຈັບ ຫຼັງຈາກສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດແລ້ວ * ຖ້າທ່ານ ບໍ່ເຫັນດີຮັບຂໍ້ຄວາມແຈ້ງທາງມິຖີ, ທ່ານ ຈະບໍ່ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວເຫັນດີນັ້ນ.	<input type="checkbox"/> ເຫັນດີ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຫັນດີ

ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງຜູ້ທີ່ຈະຖືກສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ		ຕົນເອງ (ຜູ້ຕາງໜ້າ, ຜູ້ປົກຄອງ) ເຫັນດີ <input checked="" type="checkbox"/>
ລູກຂອງທ່ານ ມີອາການເຈັບຢູ່ບ່ອນໃດທີ່ບໍ່? ຈົ່ງລະບຸອາການເຈັບໃສ່ລຸ່ມນີ້. ( )	<input type="checkbox"/> ເຫັນດີ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຫັນດີ
ຫຼັງຈາກກິນຢາ ຫຼື ອາຫານ (ລວມທັງ ໂຂ່) ຫຼື ຢາວັກຊີນແລ້ວ, ລູກຂອງທ່ານ ເຄີຍເກີດອາການແພ້ຢາ ຫຼື ແພ້ອາຫານບໍ່?	<input type="checkbox"/> ເຫັນດີ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຫັນດີ
ຜ່ານມາ ລູກຂອງທ່ານ ເຄີຍເກີດອາການໄຂ້ ຫຼື ຕົວຮ້ອນ ຫຼັງຈາກສັກຢາບໍ່? ຖ້າເຄີຍເກີດ, ຂໍໃຫ້ທ່ານ ລະບຸຊື່ຢາ ທີ່ສັກປ້ອງກັນນັ້ນ ໃສ່ລຸ່ມນີ້ (ຊື່ຢາທີ່ໄດ້ສັກເຮັດໃຫ້ລູກຕົວຮ້ອນ: ( )	<input type="checkbox"/> ເຫັນດີ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຫັນດີ
ຜ່ານມາ ທ່ານ ເຄີຍພາລູກໄປຢືນປົວຢູ່ໂຮງໝໍ ຍ້ອນພະຍາດເດັກເກີດມາບໍ່ສົມບູນແບບ, ຫາຍໃຈຜິດ, ພະຍາດປອດ, ພະຍາດຫົວໃຈ, ພະຍາດໝາກໂຂ່ຫຼັງ, ພະຍາດຕັບ, ພະຍາດເບົາຫວານ, ພະຍາດຂັບຖ່າຍພາຍໃນ, ພະຍາດໂລຫິດ ແລະ ພະຍາດອື່ນໆ ບໍ່? ຖ້າວ່າ ເຄີຍ, ຈົ່ງລະບຸພະຍາດ ທີ່ເຄີຍຢືນປົວຜ່ານມາ ( )	<input type="checkbox"/> ເຫັນດີ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຫັນດີ
ຜ່ານມາ ລູກຂອງທ່ານ ເຄີຍເປັນລົມ (ຊັກ) ຫຼື ມີໂລກຈິດ (ລວມທັງ ເສຍຈິດ, ເປັນບ້າ) ປະຈຳຕົວບໍ່?	<input type="checkbox"/> ເຫັນດີ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຫັນດີ
ລູກຂອງທ່ານ ມີພະຍາດນະເຮັງ, ພະຍາດນະເລັງໃນເມັດເລືອດ ຫຼື ພະຍາດຮ້າຍແຮງອື່ນໆບໍ່? ຖ້າມີ ຈົ່ງລະບຸຊື່ພະຍາດ ໃສ່ລຸ່ມນີ້ ( ຊື່ພະຍາດ : ( )	<input type="checkbox"/> ເຫັນດີ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຫັນດີ
ໃນໄລຍະ 3 ເດືອນຜ່ານມານີ້, ລູກຂອງທ່ານ ເຄີຍໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວດ້ວຍຢາສະເຕີຣອຍ, ຢາຕ້ານນະເຮັງ ແລະ ລົງສີ (ເອັກສເຣ)ບໍ່?	<input type="checkbox"/> ເຫັນດີ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຫັນດີ
ໃນໄລຍະ 1ປີ ຜ່ານມານີ້, ລູກຂອງທ່ານເຄີຍໃສ່ເລືອດ ຫຼື ກິນຢາເພີ່ມນຸ້ມຕ້ານໜ້າ ໃນຮ່າງກາຍບໍ່?	<input type="checkbox"/> ເຫັນດີ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຫັນດີ
ໃນໄລຍະ 1ເດືອນ ຜ່ານມານີ້, ລູກຂອງທ່ານ ໄດ້ໄປສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດບໍ່? ຖ້າໄດ້ໄປ ຈົ່ງລະບຸຢາປ້ອງກັນ ພະຍາດ ທີ່ໄດ້ໄປສັກນັ້ນ. ( ຊື່ຢາປ້ອງກັນພະຍາດ : ( )	<input type="checkbox"/> ເຫັນດີ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຫັນດີ
(ແມ່ຍິງ) ປະຈຸບັນ ກຳລັງຖືພາ ຫຼື ຕໍ່ໄປ ມີຄວາມຢືນໄປໄດ້ ທີ່ອາດຈະຖືພາບໍ່?	<input type="checkbox"/> ເຫັນດີ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຫັນດີ

ຜົນການກວດກາຂອງແພດ (ຄຳເຫັນຂອງແພດ)		ຍືນຍັນ <input checked="" type="checkbox"/>
ອຸນຫະພູມ: °C	ໂຕອະທິບາຍ ອາການທີ່ຈະເກີດຂຶ້ນ ພາຍຫຼັງສັກຢາ ໃຫ້ຜູ້ປົກ ຄອງເດັກຮັບຮູ້ແລ້ວ	<input type="checkbox"/>
'ພາຍຫຼັງ ສັກຢາແລ້ວ, ໂຕແນະນຳໃຫ້ຜູ້ປົກຄອງເດັກ ພາເດັກລໍຖ້າ ຢູ່ອາໄສສັກຢາ ຜົນເວລາ 20-30 ນາທີ ເພື່ອສັງເກດອາການ ທີ່ອາດຈະເກີດຂຶ້ນ'		<input type="checkbox"/>
ຜົນການກວດກາ :		
ບໍ່ມີບັນຫາຫຍັງ, ເດັກຜູ້ນີ້ ສາມາດເຂົ້າສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດໄດ້.	ຊື່ແພດ :	(ລາຍເຊັນ)

# 자녀의 예방접종 기록을 확인하세요. ກະລຸນາກວດເບິ່ງປະຫວັດການສັກຢາຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານ.

## ການລົງທະບຽນປະຫວັດການສັກຢາຂອງລູກຫຼານຂອງຂ້ອຍທາງເອເລັກໂຕຣນິກແມ່ນມີປະໂຫຍດຫຍັງແດ່?

1. ການລົງທະບຽນທາງເອເລັກໂຕຣນິກຊ່ວຍປ້ອງກັນຄວາມຜິດພາດໃນການສັກຢາຂອງລູກ, ຫຼຸດຜ່ອນການສັກຢາຂອງລູກເພີ່ມເຕີມ ແລະ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ບໍ່ຈໍາເປັນ.
2. ປະຫວັດການສັກຢາຂອງລູກຂອງທ່ານຈະສາມາດໃຊ້ໄດ້ໃນເວັບໄຊຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການສັກຢາຂອງລູກເສີມພູມຄຸ້ມກັນ ຫຼື Immunization Assistance.

- ລົງທະບຽນຢູ່ເວັບໄຊຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການສັກຢາຂອງລູກເສີມພູມຄຸ້ມກັນທີ່ (<https://nip.kdca.go.kr>) ແລະ ລົງທະບຽນລູກຫຼານຂອງທ່ານເພື່ອເບິ່ງປະຫວັດການສັກຢາຂອງລູກ
  - (ລົງທະບຽນລູກຫຼານຂອງທ່ານ) ເຂົ້າສູ່ລະບົບເວັບໄຊຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການສັກຢາຂອງລູກເສີມພູມຄຸ້ມກັນ ຫຼື Immunization Assistance → [ຄຸ້ມຄອງຈັດການສັກຢາຂອງລູກ] [ຄຸ້ມຄອງຈັດການສັກຢາຂອງລູກຫຼານຂອງຂ້ອຍ] → [ລົງທະບຽນຂໍ້ມູນຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານ]
  - (ເບິ່ງບັນທຶກຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານ) ເຂົ້າສູ່ລະບົບເວັບໄຊຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການສັກຢາຂອງລູກເສີມພູມຄຸ້ມກັນ ຫຼື Immunization Assistance → [ຄຸ້ມຄອງຈັດການການສັກຢາຂອງລູກຫຼານຂອງຂ້ອຍ] [ເບິ່ງປະຫວັດການສັກຢາຂອງລູກຫຼານຂອງຂ້ອຍ]

\* ຖ້າ ທ່ານ ບໍ່ສາມາດ ເບິ່ງປະຫວັດການສັກຢາຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານຢູ່ເວັບໄຊຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການສັກຢາຂອງລູກເສີມພູມຄຸ້ມກັນ ຫຼື Immunization Assistance, ກະລຸນາຮ້ອງຂໍສະຖາບັນການແພດທີ່ໃຫ້ການສັກຢາຂອງລູກເພື່ອລົງທະບຽນປະຫວັດຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານທາງເອເລັກໂຕຣນິກ.  
\* ບັນທຶກການສັກຢາຂອງລູກ ມີຈຸດປະສົງເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ຜູ້ດູແລຈັດການປະຫວັດການສັກຢາຂອງລູກໄດ້. ບໍ່ສາມາດສົ່ງບັນທຶກການສັກຢາຂອງລູກໃນ ໃບຢັ້ງຢືນການສັກຢາຂອງລູກ ໄດ້.

3. ໃບຢັ້ງຢືນການສັກຢາຂອງລູກ ສາມາດອອກໄດ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າທາງອອນໄລນ໌ (ໃນພາສາເກົາຫຼີ ຫຼື ພາສາອັງກິດ).
  - ເຂົ້າສູ່ລະບົບເວັບໄຊຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການສັກຢາຂອງລູກເສີມພູມຄຸ້ມກັນ ຫຼື Immunization Assistance [ຄຸ້ມຄອງຈັດການການສັກຢາຂອງລູກ] → [ບໍລິການເອເລັກໂຕຣນິກ] → [ໃບຢັ້ງຢືນການສັກຢາຂອງລູກ]

4. ລົງທະບຽນເພື່ອສົ່ງຂໍ້ຄວາມແຈ້ງເຕືອນກ່ຽວກັບວັນສັກຢາຂອງລູກຕໍ່ໄປຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານ.
  - ລົງທະບຽນເບີໂທລະສັບມືຖືຂອງທ່ານ (ພໍ່ແມ່, ຜູ້ດູແລ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງທີ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍ) ກັບ ສະຖາບັນການແພດທີ່ສະໜອງການສັກຢາຂອງລູກເສີມພູມຄຸ້ມກັນ ເພື່ອຮັບຂໍ້ຄວາມແຈ້ງເຕືອນກ່ຽວກັບວັນສັກຢາຂອງລູກຕໍ່ໄປຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານສໍາລັບການສັກຢາຂອງລູກທີ່ບັງຄັບໃຊ້
  - ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຮັບຂໍ້ມູນນີ້ ເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ກະລຸນາແຈ້ງໃຫ້ສະຖາບັນການແພດທີ່ສະໜອງການສັກຢາຂອງລູກເສີມພູມຄຸ້ມກັນ. ທ່ານຈະໄດ້ຮັບແຈ້ງການສົ່ງຂໍ້ຄວາມ ທັງພາສາເກົາຫຼີ ແລະ ພາສາຂອງທ່ານ.
    - ເມື່ອເລືອກພາສາຂອງທ່ານແລ້ວ, ໃຫ້ລົງທະບຽນເບີໂທລະສັບມືຖືຂອງຜູ້ດູແລຄົນອື່ນຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານເພື່ອຮັບຂໍ້ມູນ 'ວັນສັກຢາຂອງລູກຕໍ່ໄປ' ທີ່ເບີໂທລະສັບມືຖືດັ່ງກ່າວນັ້ນ ເຊັ່ນດຽວກັນ.

\* ພາສາທີ່ສາມາດໃຊ້ໄດ້(12): ເມທ່ານ, ລາວ, ຣັດເຊຍ, ມົງໂກລີ, ຫວຽດນາມ, ອັງກິດ, ອູສະເບັກ, ຍີ່ປຸ່ນ, ຈີນ, ຂະເມຍ, ຕະກາລັອກ

## ກະລຸນາຮັບເອົາໃບຢັ້ງຢືນການສັກຢາຂອງລູກຖ້າກັບຄືນປະເທດເກົາຫຼີພາຍຫຼັງອາໄສຢູ່ຕ່າງປະເທດ.

ຖ້າລູກຫຼານຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການສັກຢາຢູ່ຕ່າງປະເທດ, ກະລຸນາຮັບເອົາ ໃບຢັ້ງຢືນການສັກຢາຂອງລູກເປັນພາສາອັງກິດ ຫຼື ເອກະສານທີ່ມີລາຍເຊັນ ຫຼື ປະທັບຕາທາງການຂອງສະຖາບັນການແພດທີ່ໃຫ້ການສັກຢາຂອງລູກ ກ່ອນທີ່ຈະກັບຄືນໄປປະເທດເກົາຫຼີ. ກະລຸນາຂໍກັບສຸກສາລາສາທາລະນະທີ່ຢູ່ໃກ້ກັບບ່ອນທີ່ທ່ານລົງທະບຽນເອກະສານທາງເອເລັກໂຕຣນິກ.

ເພື່ອເປັນການປົກປັກຮັກສາສຸຂະພາບຂອງນັກຮຽນ ແລະ ເດັກນ້ອຍ ແລະ ເພື່ອປ້ອງກັນການແຜ່ລະບາດຂອງພະຍາດຕິດແປດ, ສາທາລະນະລັດເກົາຫຼີກໍານົດໃຫ້ນັກຮຽນທີ່ເຂົ້າໂຮງຮຽນລ້ຽງເດັກ, ໂຮງຮຽນປະຖົມ ຫຼື ໂຮງຮຽນມັດທະຍົມສົມບູນຕ້ອງສົ່ງໃບຢັ້ງຢືນການສັກຢາຂອງລູກເພື່ອເປັນການຢັ້ງຢືນ\* ວ່ານັກຮຽນທຸກຄົນໄດ້ສໍາເລັດການສັກຢາຂອງລູກແບບບັງຄັບແລ້ວ.  
ນັກຮຽນທີ່ມີບັນທຶກການສັກຢາຂອງລູກທີ່ສໍາເລັດແລ້ວໃນເວັບໄຊຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການສັກຢາຂອງລູກເສີມພູມຄຸ້ມກັນ ຫຼື Immunization Assistance ບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງສົ່ງ < ໃບຢັ້ງຢືນການສັກຢາຂອງລູກ > ໄປໂຮງຮຽນຂອງພວກເຂົາ.  
\* ເຫດຜົນທາງດ້ານກົດໝາຍ: ມາດຕາ 31 ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການຄວບຄຸມ ແລະ ປ້ອງກັນພະຍາດຕິດຕໍ່, ມາດຕາ 10 ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສຸຂະພາບໂຮງຮຽນ ແລະ ມາດຕາ 31 ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການດູແລເດັກ

# National Immunization Program Guide 국가예방접종 사업안내

## » ໂຄງການສັກຢາຂອງລູກເສີມພູມຄຸ້ມກັນແຫ່ງຊາດສໍາລັບເດັກນ້ອຍ

ເພື່ອປ້ອງກັນເດັກນ້ອຍຈາກພະຍາດຕິດຕໍ່, ການສັກຢາຂອງລູກເສີມພູມຄຸ້ມກັນທີ່ຈໍາເປັນແມ່ນມີໃຫ້ບໍລິການໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

- ຜູ້ທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບ: ເດັກນ້ອຍອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 96 ປີ  
\* ຕິດຕໍ່ສຸກສາລາສາທາລະນະສຸກທີ່ໃກ້ທີ່ສຸດຂອງທ່ານ ຫຼື ສະຖາບັນການແພດທີ່ຖືກກໍານົດສໍາລັບການສອບຖາມກ່ຽວກັບການມີສິດໄດ້ຮັບການສັກຢາຂອງລູກເສີມພູມຄຸ້ມກັນ ໃນປີນີ້
- ລາຍລະອຽດຂອງແຜນງານໂຄງການ: ການອຸດທຽມຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທັງໝົດສໍາລັບການສັກຢາຂອງລູກເສີມພູມຄຸ້ມກັນທີ່ບັງຄັບໃຊ້
- ວັກຊີນທີ່ສະໜອງໃຫ້: 18

ພະຍາດວັນນະໂລກ (BCG, ການສັກເຂົ້າຜິວໜັງ), ຕັບອັກເສບບີ (HepB), ຄໍຕິບ/ບາດທະຍັກ/ໄອໄກ່ (DTap), ບາດທະຍັກ/ຄໍຕິບ (Td), ບາດທະຍັກ/ຄໍຕິບ/ໄອໄກ່ (Tdap), ໂປລິໂອ (IPV), ຄໍຕິບ/ບາດທະຍັກ/ໄອໄກ່/ໂປລິໂອ (DTaP-IPV), ຄໍຕິບ/ບາດທະຍັກ/ໄອໄກ່/ໂປລິໂອ/ໄຂ້ທວັດໃຫຍ່ເຮໂມຟິລັສປະເພດ B (DTaP-IPV/Hib), ໄຂ້ທວັດໃຫຍ່ເຮໂມຟິລັສປະເພດ B (Hib), ແບັກເຕີຣີປອດອັກເສບຊະນິດ (PCV), ໄວຣັສຮີຕາ (RV), ໝາກແດງນ້ອຍ/ໝາກເປັດ/ໝາກແດງໃຫຍ່ (MMR), ໝາກສຸກໝາກໃສ (VAR), ຕັບອັກເສບ A (HepA), ວັກຊີນໄຂ້ສະໜອງອັກເສບຍີ່ປຸ່ນຊະນິດເຊື້ອຕາຍ, (IJEV), ວັກຊີນໄຂ້ສະໜອງອັກເສບຍີ່ປຸ່ນຊະນິດເຊື້ອເປັນ (LJEV), ການຕິດເຊື້ອໄວຣັສເປັດໂລມາໃນມະນຸດ (HPV), ໄຂ້ທວັດໃຫຍ່ (IIV)

\* ມີຂໍ້ຈໍາກັດອາຍຸໃນການນໍາໃຊ້ສໍາລັບການອຸດທຽມວັກຊີນບາງປະເພດເຊັ່ນ: ການສັກວັກຊີນ BCG ເຂົ້າທາງຜິວໜັງ, ແບັກເຕີຣີປອດອັກເສບ, ໄຂ້ທວັດໃຫຍ່ເຮໂມຟິລັສປະເພດ B ແລະ ຕັບອັກເສບປະເພດ A

- ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສັກຢາຂອງລູກເສີມພູມຄຸ້ມກັນ: ສຸກສາລາສາທາລະນະສຸກ ຫຼື ສະຖາບັນການແພດທີ່ຖືກກໍານົດທີ່ຢູ່ໃກ້ຄຽງ  
\* ເພື່ອຊອກຫາສະຖາບັນການແພດທີ່ຖືກກໍານົດຢູ່ໃກ້ຄຽງທ່ານ, ໃຫ້ເບິ່ງເວັບໄຊຂອງ Immunization Assistance (<https://nip.kdca.go.kr>)  
\* ສຸກສາລາສາທາລະນະທີ່ດໍາເນີນການໂດຍລັດຖະບານທ້ອງຖິ່ນບາງແຫ່ງອາດຈະບໍ່ສະໜອງການສັກຢາຂອງລູກເສີມພູມຄຸ້ມກັນ; ກະລຸນາກວດສອບກ່ອນການໄປຢ້ຽມຢາມ

## » ໂຄງການປ້ອງກັນການຕິດເຊື້ອພະຍາດຕັບອັກເສບ B ແບບ perinatal

ເພື່ອປ້ອງກັນການຕິດເຊື້ອພະຍາດຕັບອັກເສບ B ແບບ perinatal ໃນເດັກເກີດໃໝ່ທີ່ເກີດຈາກແມ່ທີ່ມີພະຍາດຕັບອັກເສບ B ຜົນບວກ, ການໃຫ້ຢາປ້ອງກັນພູມຕ້ານທານໃນເວລາເກີດ, ການສັກຢາຂອງລູກເສີມພູມຄຸ້ມກັນພະຍາດຕັບອັກເສບ B ແລະ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການກວດພູມຕ້ານທານແອັນຕີເຈນ ແລະ ພູມຕ້ານທານແບບແອັນຕີບິດີແມ່ນໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນຢ່າງເຕັມສ່ວນ.

- ຜູ້ທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບ: ເດັກເກີດໃໝ່ທີ່ເກີດຈາກແມ່ທີ່ເປັນບວກຂອງແອັນຕີເຈນພື້ນຜິວໄວຣັສຕັບອັກເສບ B (HBsAg) ບວກ ຫຼື e-antigen (HBeAg)  
- ແມ່ທີ່ໄດ້ສົ່ງບົດລາຍງານຜົນການກວດກ່ອນເກີດລູກໃນລະຫວ່າງການຖືພາ\* ແລະ ໄດ້ໃຫ້ການອະນຸມັດໃນຄວາມຍິນຍອມສະໜອງຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ  
\* ຜົນກວດທີ່ເປັນບວກແອັນຕີເຈນພື້ນຜິວຂອງແມ່ (HBsAg) ຫຼື e antigen (HBeAg) ໃນລະຫວ່າງການຖືພາ ຫຼື ພາຍໃນ 7 ມື້ຫຼັງຈາກເກີດ
- ລາຍລະອຽດຂອງແຜນງານໂຄງການ:  
① ການໃຫ້ສານພູມຕ້ານທານຄັ້ງດຽວໃນເວລາເກີດ, ② ໓ ການສັກຢາຂອງລູກເສີມພູມຄຸ້ມກັນພື້ນຖານ (ຕອນອາຍຸ ໐, ໑ ແລະ ໖ ເດືອນ) ແລະ ③ ໑ ການທົດສອບພູມຕ້ານທານແອັນຕີເຈນ/ແອັນຕີບິດີພະຍາດຕັບອັກເສບ B ຫຼັງຈາກການສັກຢາຂອງລູກເສີມພູມຄຸ້ມກັນພື້ນຖານ  
\* ການອຸດທຽມເພີ່ມເຕີມສໍາລັບການສັກຢາໃໝ່ (ເຖິງ ໓ ຄັ້ງ) ແລະ ການກວດຄືນໃໝ່ (ເຖິງ ໒ ຄັ້ງ) ຂຶ້ນກັບຜົນການທົດລອງພູມຕ້ານທານແອັນຕີເຈນ ແລະ ແອັນຕີບິດີຂັ້ນຕົ້ນ
- ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສັກຢາຂອງລູກເສີມພູມຄຸ້ມກັນ: ສຸກສາລາສາທາລະນະສຸກ ຫຼື ສະຖາບັນການແພດທີ່ຖືກກໍານົດທີ່ຢູ່ໃກ້ຄຽງ  
\* ເພື່ອຊອກຫາສະຖາບັນການແພດທີ່ຖືກກໍານົດຢູ່ໃກ້ທ່ານ, ເບິ່ງເວັບໄຊຂອງ Immunization Assistance (<https://nip.kdca.go.kr>)  
\* ສຸກສາລາສາທາລະນະທີ່ດໍາເນີນການໂດຍລັດຖະບານທ້ອງຖິ່ນບາງແຫ່ງອາດຈະບໍ່ສາມາດໃຫ້ການກວດສອບໄດ້; ກະລຸນາກວດເບິ່ງກ່ອນທີ່ຈະໄປຢ້ຽມຢາມ

# ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດແຫ່ງຊາດ 국가예방접종 지원사업

## »ໂຄງການສັກວັກຊີນເສີມພູມຄຸ້ມກັນການຕິດເຊື້ອໄວຣັສແປປີໂລມາໃນມະນຸດແຫ່ງຊາດ (HPV)

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການສັກຢາ HPV ເພື່ອປ້ອງກັນມະເຮັງເຊັ່ນມະເຮັງປາກມົດລູກທີ່ເກີດຈາກການຕິດເຊື້ອໄວຣັສແປປີໂລມາໃນມະນຸດ (HPV) ແມ່ນໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນຢ່າງເຕັມທີ່.

- **ຜູ້ທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບ:** ເດັກຍິງອາຍຸ 12 ຫາ 17 ປີ, \* ແມ່ຍິງທີ່ມີລາຍໄດ້ຕໍ່ອາຍຸ 18 ຫາ 26 ປີ  
\* ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດພາຍຫລັງປະກັນໄພຄອງຊີບຂັ້ນພື້ນຖານ ແລະ ບຸກຄົນທີ່ມີລາຍຮັບຕໍ່າ (50% ຫຼື ຫນ້ອຍກວ່າຂອງລາຍຮັບສະເລ່ຍມາດຕະຖານ 50% ພາຍໃຕ້ "ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍຄວາມປອດໄພການຄອງຊີບຂັ້ນພື້ນຖານແຫ່ງຊາດ")  
\* ຕິດຕໍ່ສຸກສາລາສາທາລະນະສຸກທີ່ຢູ່ໃກ້ທ່ານ ຫຼື ສະຖາບັນການແພດທີ່ຖືກກຳນົດສໍາລັບລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບການມີສິດໄດ້ຮັບ
- **ລາຍລະອຽດຂອງແຜນງານໂຄງການ:** ການອຸດທຽມຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຢ່າງເຕັມສ່ວນກ່ຽວກັບການສັກຢາວັກຊີນປ້ອງກັນການຕິດເຊື້ອໄວຣັສແປປີໂລມາໃນມະນຸດ\*  
\* ການອຸດທຽມຕາມມາດຕະຖານການສັກຢາ: ຈຳເປັນຕ້ອງສັກຢາວັກຊີນ 2 ຄັ້ງຕໍ່ອາຍຸໃນການສັກຢາວັກຊີນຄັ້ງທໍາອິດແມ່ນ 14 ປີຫຼືຕໍ່ກວ່າ; ຈຳເປັນຕ້ອງສັກຢາວັກຊີນ 3 ຄັ້ງຕໍ່ອາຍຸໃນການສັກຢາວັກຊີນຄັ້ງທໍາອິດແມ່ນ 15 ປີຫຼືສູງກວ່າ  
\* ການໃຫ້ຄໍາປຶກສາສາທາລະນະສຸກທີ່ສະໜອງໃຫ້ພ້ອມກັບການສັກຢາວັກຊີນ HPV ສໍາລັບແມ່ຍິງໄວຈະເລີນພັນອາຍຸ 12 ປີຂຶ້ນໄປ
- **ວັກຊີນທີ່ສະໜອງໃຫ້:** Cobarix (HPV2), Gardasil (HPV4)  
\* ວັກຊີນ HPV 9 ແມ່ນບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບການອຸດທຽມ
- **ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສັກວັກຊີນເສີມພູມຄຸ້ມກັນ:** ສຸກສາລາສາທາລະນະສຸກ ຫຼື ສະຖາບັນການແພດທີ່ຖືກກຳນົດທີ່ຢູ່ໃກ້ຄຽງ  
\* ເພື່ອຊອກຫາສະຖາບັນການແພດທີ່ຖືກກຳນົດທີ່ຢູ່ໃກ້ທ່ານ, ຂໍຄໍາປຶກສາທີ່ເວັບໄຊຂອງ Immunization Assistance (<https://nip.kdca.go.kr>)  
\* ສຸກສາລາສາທາລະນະສຸກທີ່ດຳເນີນການໂດຍລັດຖະບານທີ່ອາໄສຢູ່ໃນບາງແຫ່ງອາດຈະບໍ່ສາມາດໃຫ້ການກວດສອບ; ກະລຸນາກວດສອບເບິ່ງກ່ອນທີ່ຈະໄປຢ້ຽມຢາມ

## »ແຜນງານໂຄງການສັກວັກຊີນເສີມພູມຄຸ້ມກັນພະຍາດໄຂ້ຫວັດໃຫຍ່ແຫ່ງຊາດ

ເພື່ອປ້ອງກັນການຕິດເຊື້ອພະຍາດໄຂ້ຫວັດໃຫຍ່, ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການສັກຢາວັກຊີນປ້ອງກັນໄຂ້ຫວັດໃຫຍ່ສໍາລັບເດັກນ້ອຍ ແລະ ພົນລະເມືອງຜູ້ສູງອາຍຸ ແລະ ແມ່ຍິງຖືພາທີ່ມີຄວາມສ່ຽງສູງຂອງການເກີດພາວະແຊກຊ້ອນແມ່ນໄດ້ຮັບທຶນອຸດທຽມຢ່າງເຕັມທີ່.

- \* ແຜນງານໂຄງການສັກວັກຊີນເສີມພູມຄຸ້ມກັນພະຍາດໄຂ້ຫວັດໃຫຍ່ແມ່ນດຳເນີນການຕາມລະດູການ; ກະລຸນາເບິ່ງເວັບໄຊ Immunization Assistance ສໍາລັບຕາຕະລາງແຜນງານໂຄງການແມ່ນປະມານຊ່ວງເດືອນກັນຍາຂອງແຕ່ລະປີ.
- **ຜູ້ທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບ:** ເດັກນ້ອຍອາຍຸ 6 ເດືອນ ຫາ 13 ປີ, ແມ່ຍິງຖືພາ, ຜູ້ສູງອາຍຸທີ່ມີອາຍຸ ໖໕ ປີຂຶ້ນໄປ  
\* ຕິດຕໍ່ສຸກສາລາສາທາລະນະສຸກທີ່ຢູ່ໃກ້ທ່ານ ຫຼື ສະຖາບັນການແພດທີ່ຖືກກຳນົດສໍາລັບລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບການມີສິດໄດ້ຮັບ
- **ລາຍລະອຽດຂອງໂຄງການ:** ການສັກຢາວັກຊີນກັນພະຍາດໄຂ້ຫວັດໃຫຍ່ ໑ ເຂັມ ຕໍ່ລະດູການ  
\* ການສັກຢາວັກຊີນສໍາລັບຜູ້ທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບແມ່ນ 2 ເຂັມສໍາລັບບຸກຄົນອາຍຸ 6 ເດືອນ ຫາ 8 ປີ ທີ່ໄດ້ຮັບການສັກຢາວັກຊີນກັນພະຍາດໄຂ້ຫວັດໃຫຍ່ຄັ້ງທໍາອິດ
- **ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສັກວັກຊີນເສີມພູມຄຸ້ມກັນ:** ສຸກສາລາສາທາລະນະສຸກ ຫຼື ສະຖາບັນການແພດທີ່ຖືກກຳນົດທີ່ຢູ່ໃກ້ຄຽງ  
\* ເພື່ອຊອກຫາສະຖາບັນການແພດທີ່ຖືກກຳນົດທີ່ຢູ່ໃກ້ທ່ານ, ຂໍຄໍາປຶກສາທີ່ເວັບໄຊຂອງ Immunization Assistance (<https://nip.kdca.go.kr>)  
\* ສຸກສາລາສາທາລະນະສຸກທີ່ດຳເນີນການໂດຍລັດຖະບານທີ່ອາໄສຢູ່ໃນບາງແຫ່ງອາດຈະບໍ່ສາມາດໃຫ້ການກວດສອບໄດ້; ກະລຸນາກວດສອບເບິ່ງກ່ອນການໄປຢ້ຽມຢາມ

# ແຜນງານໂຄງການຕິດຕາມການສັກວັກຊີນເສີມພູມຄຸ້ມກັນສໍາລັບນັກຮຽນທີ່ເຂົ້າໂຮງຮຽນປະຖົມ ຫຼື ມັດທະຍົມ 초·중학교 입학생 예방접종 확인사업

## »ແຜນງານໂຄງການຕິດຕາມການສັກວັກຊີນເສີມພູມຄຸ້ມກັນສໍາລັບນັກຮຽນທີ່ເຂົ້າໂຮງຮຽນປະຖົມ ຫຼື ມັດທະຍົມ

ເພື່ອປ້ອງກັນການແຜ່ລະບາດຂອງພະຍາດຕິດຕໍ່ໃນໂຮງຮຽນ, ບັນທຶກການສັກຢາວັກຊີນຂອງນັກຮຽນທີ່ເຂົ້າໂຮງຮຽນປະຖົມ ຫຼື ມັດທະຍົມແມ່ນໄດ້ຮັບການກວດສອບ\* ແລະ ນັກຮຽນທີ່ບໍ່ໄດ້ສັກຢາວັກຊີນແມ່ນໄດ້ຮັບການຊຸກຍູ້ໃຫ້ໄດ້ຮັບການສັກຢາວັກຊີນ.

\* 「ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການຄວບຄຸມ ແລະ ປ້ອງກັນພະຍາດຕິດຕໍ່」 ມາດຕາ ໓໑ (ການສືບຫາວ່າມີການສໍາເລັດຂອງການສັກວັກຊີນ), 「ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສຸຂະພາບໂຮງຮຽນ」 ມາດຕາ ໑໐ (ການກວດກາການສໍາເລັດຂອງການສັກວັກຊີນ)

- **ຜູ້ມີສິດໄດ້ຮັບ:** ນັກຮຽນທີ່ເຂົ້າໂຮງຮຽນປະຖົມ ຫຼື ມັດທະຍົມໃນປີນີ້
- **ການສັກຢາວັກຊີນທີ່ຈຳເປັນ:**
  - (ໂຮງຮຽນປະຖົມ) ການສັກຢາວັກຊີນທີ່ບັງຄັບໃຊ້ສໍາລັບເດັກນ້ອຍອາຍຸ 4 ຫາ 6 ປີແມ່ນ ໔ ເຂັມ  
\* DTaP ຮອບທີ ໕, IPV ຮອບທີ 4, MMR ຮອບທີ 2, ວັກຊີນປ້ອງກັນພະຍາດໄຂ້ສະໝອງອັກເສບຍີ່ປຸ່ນເຊື້ອຕາຍ ຮອບທີ 4 (ຫຼື ວັກຊີນເຊື້ອເປັນ ຮອບທີ 2)
  - (ໂຮງຮຽນມັດທະຍົມຕອນປາຍ) ການສັກຢາວັກຊີນທີ່ບັງຄັບໃຊ້ສໍາລັບເດັກນ້ອຍອາຍຸ 11 ຫາ 12 ປີແມ່ນ ໓ ເຂັມ  
\* ວັກຊີນ Tdap (ຫຼື TD) ຮອບທີ ໖, ວັກຊີນປ້ອງກັນພະຍາດອັກເສບປອດຍີ່ປຸ່ນເຊື້ອຕາຍ ຮອບທີ 5 (ຫຼື ວັກຊີນເຊື້ອເປັນ ຮອບທີ 2), HPV ຮອບທີ 1 (ນັກຮຽນຍິງ)
- **ລາຍລະອຽດຂອງແຜນງານໂຄງການ:**

ໂຮງຮຽນ ແລະ ສຸກສາລາສາທາລະນະສຸກນໍາໃຊ້ຂໍ້ມູນນັກຮຽນໃໝ່ຈາກກະຊວງສຶກສາທິການ ແລະ ຂໍ້ມູນການສັກຢາກັນພະຍາດຈາກອົງການຄວບຄຸມ ແລະ ປ້ອງກັນພະຍາດແຫ່ງເກົາຫຼີເພື່ອຢັ້ງຢືນການສັກຢາ; ນັກຮຽນທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການສັກຢາປ້ອງກັນໄດ້ຖືກຊຸກຍູ້ໃຫ້ໄດ້ຮັບການສັກຢາວັກຊີນ ແລະ ໄດ້ຮັບການສະໜອງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວິທີການຮັບວັກຊີນ.

\* ນັກຮຽນທີ່ມີບັນທຶກການສັກຢາວັກຊີນທີ່ສໍາເລັດແລ້ວໃນເວັບໄຊຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການສັກວັກຊີນເສີມພູມຄຸ້ມກັນ ຫຼື Immunization Assistance ແມ່ນບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງສົ່ງ <ໃບຢັ້ງຢືນການສັກຢາວັກຊີນ> ໄປໂຮງຮຽນຂອງພວກເຂົາ

\* <ບຸກຄົນທີ່ມີຂໍ້ຫ້າມໃນການສັກວັກຊີນເສີມພູມຄຸ້ມກັນ> ຕ້ອງຂໍໃຫ້ສະຖາບັນການແພດທີ່ບັງມະຕິ (ຫຼື ສະຖາບັນການແພດທີ່ໃຫ້ການສັກວັກຊີນ) ລົງທະບຽນທາງເອເລັກໂຕຣນິກ <ຂໍ້ຫ້າມການສັກວັກຊີນເສີມພູມຄຸ້ມກັນ> ຂອງພວກເຂົາ ຖ້າສະຖາບັນການແພດບໍ່ສາມາດລົງທະບຽນ <ຂໍ້ຫ້າມໃນການສັກວັກຊີນເສີມພູມຄຸ້ມກັນ> ຂອງນັກຮຽນທາງອີເລັກໂຕຣນິກໄດ້, ນັກຮຽນຕ້ອງໄດ້ຮັບໃບຢັ້ງຢືນທາງການແພດທີ່ລະບຸວ່າ <ຂໍ້ຫ້າມໃນການສັກວັກຊີນເສີມພູມຄຸ້ມກັນ> ແລະ ສົ່ງໃຫ້ກັບໂຮງຮຽນພ້ອມຫຼັງຈາກການເຂົ້າຮຽນ

If the medical institution cannot electronically register a student's <Immunization Contraindications>, the student must receive a medical certificate specifying the <Immunization Contraindications> and submit the same to the school after admission

▶ **ບຸກຄົນທີ່ມີຂໍ້ຫ້າມໃນການສັກວັກຊີນເສີມພູມຄຸ້ມກັນ**

- ຜູ້ທີ່ມີປະຕິກິລິຍາແພ້ຢ່າງຮຸນແຮງ (ພູມແພ້) ຕໍ່ວັກຊີນ ຫຼື ເຄີຍມີປະຕິກິລິຍາການແພ້ທີ່ຮຸນແຮງຫຼັງຈາກການສັກຢາວັກຊີນກ່ອນໜ້ານີ້
- ທີ່ມີປະສົບພະຍາດເຫຍື້ອທຸ້ມສະໝອງອັກເສບໂດຍບໍ່ຮູ້ສາເຫດພາຍໃນ ກຸ ມີຫຼັງຈາກການໃຫ້ວັກຊີນປ້ອງກັນພະຍາດໄອໄກ້

\* ສະພາບການຊົ່ວຄາວເຊັ່ນ: ອາການໄຂ້ສູງ ຫຼື ການໃຫ້ອີນູນໂນໂກລິນ ແລະ ອາການແພ້ໄຂ້ ຫຼື ພະຍາດຜິວໜັງພູມແພ້ບໍ່ແມ່ນຂໍ້ຫ້າມໃນການສັກວັກຊີນເສີມພູມຄຸ້ມກັນ



# Инструкция по порядку вакцинации (для опекуна в мультикультурной семье)

1. Прочтите «Таблицу для предварительного осмотра перед прививкой» на вашем родном языке и заполните ее на корейском языке.

## <Инструкции по заполнению Таблицы для предварительного осмотра перед прививкой>

- ① Укажите имя вашего ребенка на корейском или английском языке.
- ② Укажите регистрационный номер резидента (регистрационный номер иностранца) вашего ребенка.  
Если у вашего ребенка нет регистрационного номера резидента (регистрационного номера иностранца), укажите «временный административный номер», выданный центром общественного здравоохранения для проведения прививки.
- ③ Если фактическая дата рождения не соответствует указанной в регистрации резидента дате рождения, то необходимо принести документ, подтверждающий фактическую дату рождения (свидетельство о рождении и т.п.), в районный медицинский центр здравоохранения и попросить изменить дату рождения.  
※ График вакцинации вашего ребенка будет определен на основании фактической даты его рождения. Если фактическая дата рождения не соответствует указанной в регистрации резидента дате рождения, то необходимо принести документ, подтверждающий фактическую дату рождения (свидетельство о рождении и т.п.), в районный медицинский центр здравоохранения и попросить изменить дату рождения.

④ Если ваш ребенок сегодня заболел, укажите следующие симптомы:

- |                |                  |                 |           |                  |
|----------------|------------------|-----------------|-----------|------------------|
| 1. Температура | 2. Кашель        | 3. Боль в горле | 4. Диарея | 5. Боль в животе |
| 6. Рвота       | 7. Головная боль | 8. Слабость     | 9. Другое |                  |

### ■ При заполнении Таблицы для предварительного осмотра перед прививкой помните о следующем!

- Обязательно отметьте пункт «Согласие на раскрытие номера мобильного телефона и получение текстовых сообщений».
- Укажите язык, на котором вы хотите получать информацию.
- Вам будет предоставлена информация о «названии и дате следующей прививки» на выбранном языке.
- При выборе языка зарегистрируйте номер мобильного телефона другого лица, ухаживающего за вашим ребенком, чтобы получать информацию о «дате следующей прививки» также на указанный номер мобильного телефона данного лица.

2. Ожидайте перед кабинетом осмотра, пока вашего ребенка не вызовут.
3. (Перед проведением прививки) Проверьте историю прививок вашего ребенка, чтобы убедиться, что он не получал аналогичных прививок в прошлом.  
※ Врач, проводящий осмотр, может посмотреть историю предыдущих прививок вашего ребенка в компьютерной системе.  
※ Если у вас есть свидетельство о вакцинации или детская книжечка для прививок ребенка, в которой указана история прививок вашего ребенка, пожалуйста, покажите его врачу, проводящему осмотр.
4. (Перед проведением прививки) Внимательно слушайте объяснения врача, проводящего осмотр, о вакцине и возможных побочных реакциях  
※ Если вы плохо понимаете корейский язык, попросите врача распечатать копию «Информационного бюллетня о вакцине (VIS)» на вашем родном языке и внимательно прочитайте раздел «Меры предосторожности и побочные реакции после вакцинации».
5. (Во время прививки) Если ваш ребенок еще маленький, посадите его на колени и обхватите за туловище, чтобы помочь врачу безопасно ввести вакцину.
6. (Во время прививки) Перед прививкой вашего ребенка убедитесь, что вы проинформированы о мерах предосторожности до и после вакцинации.
7. (После прививки) Проконсультируйтесь с врачом, проводящим осмотр, для определения даты следующей прививки вашего ребенка.
8. (После прививки) Оставайтесь в больнице в течение 20-30 минут и наблюдайте за своим ребенком на предмет возникновения каких-либо побочных реакций
9. (Дома) Внимательно наблюдайте за своим ребенком в течение не менее 3х часов, чтобы выявить симптомы. Если у вашего ребенка поднялась высокая температура или появились необычные физические симптомы, немедленно обратитесь к врачу.

※ Если вам требуются услуги устного перевода во время процедуры, свяжитесь с колл-центром Danuri (1577-1366).

# Анкета о вакцинации

В целях безопасной вакцинации, ознакомьтесь нижеуказанными вопросами и заполните анкету.

Ф.И.О	Регистрационный номер гражданина	-	<input type="checkbox"/> муж <input type="checkbox"/> жен
Дата рождения	Регистрационный номер иностранного гражданина	-	<input type="checkbox"/> муж <input type="checkbox"/> жен
Телефон	(дом.)	(сот.)	Вес кг

Содержание предоставления персональных данных для вакцинации		Вакцинируемый <input checked="" type="checkbox"/> (официальный представитель, опекун)
Мы собираем персональные данные в соответствии со Статьями 32 и 32-3 действующего Закона по предотвращению и контролю инфекционных заболеваний. Ниже приведены данные по обработке и сбору персональных данных. ■ Цель сбора/обработки персональных данных: Отправка сообщений о следующих прививках, сообщений о полученных прививках и сообщений о побочных реакциях после получения прививок ■ Состав персональных данных, подлежащих обработке/сбору: Персональные данные (включая Регистрационный номер гражданина и конфиденциальная информация), номер телефона(домашний/сотовый) ■ Период хранения и использования персональных данных: 5 лет		
Перед вакцинацией, даю согласие на предоставление истории (моей) вакцинации моего ребенка через Информационную систему учета вакцинаций (IRIS). * Если вы не согласны на предоставление истории вакцинации, вы можете получить ненужные дополнительные прививки или перекрестную вакцинацию.		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Даю согласие на получение сообщений о следующих прививках и сообщений о полученных прививках. * Если вы не согласны, вы не можете получать сообщения о следующих или полученных прививках.		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Даю согласие на получение сообщений о побочных реакциях после получения прививок. * Если вы не согласны, вы не можете получать сообщения о побочных реакциях после получения прививок.		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Предварительная информация о вакцинируемом		Вакцинируемый <input checked="" type="checkbox"/> (официальный представитель, опекун)
Болеете ли Вы сегодня? Если да, то опишите симптомы. ( )		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Была ли у Вас аллергическая реакция в виде зуда или сыпи после приема лекарственных препаратов, на продукты питания (включая яйца) или после прививок?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Были ли в прошлом какие-либо осложнения после прививок? Если да, то укажите вид вакцины. ( )		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Диагностировали ли у Вас заболевания или проходили ли лечение по таким заболеваниям, как врожденная патология, астма, заболевания легких, сердца, почек, печени, эндокринные заболевания (например, диабет) или заболевания крови? Если да, то укажите вид заболевания. ( )		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Были ли у Вас приступы, судороги или другие нарушения нервной системы головного мозга (включая Синдром Гийена-Барре)?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Есть ли у Вас диагноз онкологии, лейкемии или другие нарушения иммунной системы? Если да, то напишите название. ( )		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Принимали ли Вы в течении последних 3 месяцев гормональные препараты, химиотерапевтические препараты, или проходили ли лучевую терапию?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Делали ли Вы за последний год переливание крови или ее компонентов; вводился ли Вам иммуно (гамма) глобулин?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Делали ли Вы за последний месяц какую-либо прививку? Если да, то укажите от чего. ( )		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
(Для женщин) Беременны ли Вы или есть ли вероятность беременности в течении последующего месяца?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Настоящим подтверждаю получение информации о результатах, возможных рисках и побочных действиях, и даю свое согласие на проведение вакцинации. Имя вакцинируемого (официального представителя, опекуна): (подпись) Родственные отношения с пациентом : * Если вакцинируемый является новорожденным и еще не подали заявку о рождении, напишите регистрационный номер официального представителя ( - ) Дата: Год Месяц День		

Результаты предварительного скрининга (заполняется терапевтом)		Отметьте! <input checked="" type="checkbox"/>
Температура тела: °C	Мною разъяснено о возможных рисках и побочных действиях от вакцинации	<input type="checkbox"/>
Мною разъяснено, что вакцинируемый должен находиться в медицинском учреждении в течение 20-30 минут для наблюдения.		<input type="checkbox"/>
Результаты истории болезни:		
На основании истории болезни и физического осмотра пациента вакцинация может быть проведена. Ф.И.О терапевта: (Подпись)		

## 자녀의 예방접종 기록을 확인하세요. Проверьте историю прививок вашего ребенка.

### ■ Какие преимущества дает электронная регистрация истории прививок моего ребенка?

1. Электронная регистрация помогает предотвратить ошибки при вакцинации, а также сократить количество ненужных дополнительных прививок и расходы.

2. История прививок вашего ребенка будет доступна на вебсайте «Помощник по прививкам».

○ Зарегистрируйтесь на вебсайте «Помощник по прививкам» (<https://nip.kdca.go.kr>) и зарегистрируйте своего ребенка для проверки истории прививок.

- (Как зарегистрировать ребенка) Войдите на сайт «Помощник по прививкам» → [Учет прививок] → [Учет прививок ребенка] → [Регистрация данных ребенка]

- (Как проверить историю прививок вашего ребенка) Войдите на сайт «Помощник по прививкам» → [Учет прививок] - [Учет прививок ребенка] - [перечень сделанных прививок].

※ Если вы не видите историю прививок вашего ребенка на сайте «Помощник по прививкам», обратитесь в медицинское учреждение, проводящее вакцинацию, с просьбой зарегистрировать историю прививок в электронном виде.

※ Записная книжка вакцинации предназначена для помощи лицам, осуществляющим уход за ребенком, в ведении его истории прививок и не заменяет свидетельство о вакцинации.

3. 'Свидетельство о вакцинации вы можете получить бесплатно онлайн (на корейском или английском языке).

○ Войдите на веб-сайт «Помощник по прививкам» → [Учет прививок] → [Электронные услуги] → [Свидетельство о вакцинации]

4. Подпишитесь на SMS-напоминания о дате следующей прививки ребенка.

○ Зарегистрируйте номер своего мобильного телефона (родителя, опекуна или законного представителя) в медицинском учреждении, проводящем вакцинацию, чтобы получать текстовые напоминания о дате следующей прививки ребенка в рамках обязательной вакцинации.

○ Если вы хотите получать эту информацию на своем родном языке, сообщите об этом в медицинское учреждение, проводящее вакцинацию. Вы будете получать текстовые уведомления как на корейском, так и на своем родном языке.

- При выборе языка зарегистрируйте номер мобильного телефона другого лица, ухаживающего за ребенком, чтобы получать информацию о «дате следующей вакцинации» и на этот номер.

\* доступные языки(12): непальский, лаосский, русский, монгольский, вьетнамский, английский, узбекский, японский, китайский, кхмерский, тагальский

### ■ Получите свидетельство о вакцинации, если вы возвращаетесь в Корею после проживания за границей.

Если ваш ребенок проходил вакцинацию в другой стране, получите свидетельство о вакцинации на английском языке или документ с официальной подписью или печатью медицинского учреждения, проводящего вакцинацию до возвращения в Корею. Обратитесь в ближайший центр общественного здравоохранения для регистрации документа (документов) в электронном виде.

В целях защиты здоровья учащихся и детей, а также предотвращения распространения инфекционных заболеваний Республика Корея требует от детей, поступающих в детский сад, начальную или среднюю школу, предъявлять свидетельство о вакцинации, чтобы удостовериться\*, что все учащиеся прошли обязательную вакцинацию. Учащиеся, имеющие заполненную карту прививок на сайте «Помощник по прививкам», свидетельство о вакцинации для детского сада или школы не требуется.

\* Основание: ст.31 Закона «О контроле и профилактике инфекционных заболеваний», ст.10 Закона «О школьном здравоохранении», ст.31 Закона «О воспитании в детских садах».

## Руководство по Национальной программе вакцинации 국가예방접종 사업안내

### » Национальная программа иммунизации детей

Для защиты детей от инфекционных заболеваний необходимые прививки предоставляется на бесплатной основе.

● **Право на участие:** Дети в возрасте до 12 лет

※ Обратитесь в ближайший центр общественного здравоохранения или назначенное медицинское учреждение для получения информации о праве на бесплатную вакцинацию в этом году.

● **Подробная информация о программе:** Полное субсидирование расходов на обязательную вакцинацию

● **Количество сделанных прививок:** 18

Туберкулез (BCG, внутрикожно), гепатит В (HepB), дифтерия/столбняк/коклюш (DTaP), столбняк/дифтерия (Td), столбняк/дифтерия/коклюш (Tdap), полиомиелит (IPV), дифтерия/столбняк/коклюш/полиомиелит(DTaP-IPV), дифтерия/столбняк/коклюш/полиомиелит/гемофильная инфекция типа В (DTaP-IPV/Hib), гемофильная инфекция типа В (Hib), пневмококковый конъюгат (PCV), ротавирус (RV), корь/свинка/краснуха (MMR), ветряная оспа (VAR), гепатит А (HepA), инактивированная японская энцефалитная вакцина (IJEV), живая аттенуированная японская энцефалитная вакцина (LJEV), вирус папилломы человека (HPV), грипп (IV).

※ Для субсидирования некоторых вакцин, таких как внутрикожная БЦЖ, пневмококковый конъюгат, гемофильная инфекция типа В и гепатит А, действуют возрастные ограничения

● **Поставщик услуг вакцинации:** ближайший центр общественного здравоохранения или назначенное медицинское учреждение

※ Чтобы найти ближайшее назначенное медицинское учреждение, обратитесь к веб-сайту «Помощник по прививкам» (<https://nip.kdca.go.kr>)

※ В центрах общественного здравоохранения, находящихся в ведении некоторых местных органов власти, могут отсутствовать услуги по вакцинации; пожалуйста, уточните это перед посещением.

### » Программа профилактики перинатальной инфекции гепатита В

Для профилактики перинатального инфицирования гепатитом В новорожденных, родившихся от матерей, инфицированных гепатитом В, полностью субсидируется введение иммуноглобулинов при рождении, вакцинация против гепатита В, а также расходы на тестирование на антигены и антитела.

● **Право на участие в программе:** Новорожденные, чьи матери имеют положительный анализ крови на поверхностный антиген гепатита В (HBsAg) или е-антиген (HBeAg).

- Матери, представившие отчет о пренатальном тестировании во время беременности\* и давшие согласие на предоставление личной информации

\* Положительный результат поверхностного антигена (HBsAg) или е-антигена (HBeAg) матери во время беременности или в течение 7 дней после родов.

● **Подробная информация о программе:**

① Однократное введение иммуноглобулинов при рождении, ② 3 дозы базовой вакцинации (в 0, 1 и 6 месяцев) и ③ 1 тест на антиген/антитела к гепатиту В после базовой вакцинации

※ Дополнительная субсидия на ревакцинацию (до 3 раз) и повторное обследование (до 2 раз) в зависимости от результатов первичного анализа на антигены и антитела

● **Поставщик услуг вакцинации:** ближайшее медицинское учреждение или центр общественного здравоохранения

※ Чтобы найти ближайшее к вам назначенное медицинское учреждение, посетите веб-сайт «Помощник по прививкам» (<https://nip.kdca.go.kr>).

※ В центрах общественного здравоохранения, управляемыми некоторыми местными органами власти, могут отсутствовать возможности для проведения обследования; пожалуйста, уточните это перед посещением

## Проект по поддержке вакцинации

### 국가예방접종 지원사업

#### » Национальная программа вакцинации от вируса папилломы человека (ВПЧ)

Стоимость вакцинации против ВПЧ полностью субсидируется с целью профилактики онкологических заболеваний, таких как рак шейки матки, вызываемых инфекцией вируса папилломы человека (ВПЧ).

- **Право на участие:** Девочки в возрасте от 12 до 17 лет, женщины с низким уровнем дохода\* в возрасте от 18 до 26 лет  
\* Получатели базового жизненного обеспечения и лица с низким доходом (50% или менее от стандартного среднего дохода в соответствии с Законом «О базовом жизненном обеспечении»)  
※ Обратитесь в ближайший центр общественного здравоохранения или назначенное медицинское учреждение для получения подробной информации о критериях участия в программе
- **Подробная информация о программе:** Полное субсидирование расходов на вакцинацию против инфекции, вызванной вирусом папилломы человека (ВПЧ).\*  
\* Субсидирование в соответствии со стандартом вакцинации: необходимо сделать 2 прививки, если возраст на момент первой прививки составляет 14 лет или меньше; необходимо сделать 3 прививки, если возраст на момент первой прививки составляет 15 лет или больше  
※ Консультации по вопросам здравоохранения, предоставляемые вместе с вакцинацией против ВПЧ для девочек-подростков в возрасте от 12 лет
- **Предоставленные вакцины:** Кобарикс (ВПЧ2), Гардасил (ВПЧ4)  
※ Вакцина против ВПЧ 9 не подлежит субсидированию
- **Поставщик услуг вакцинации:** Ближайший центр общественного здравоохранения или назначенное медицинское учреждение  
※ Чтобы найти ближайшее назначенное медицинское учреждение, обратитесь к веб-сайту «Помощник по прививкам» (<https://nip.kdca.go.kr>)  
※ В центрах общественного здравоохранения, управляемыми некоторыми местными органами власти, могут отсутствовать возможности для проведения обследования; пожалуйста, проверьте это перед посещением

#### » Национальная программа вакцинации против гриппа

В целях профилактики гриппа полностью субсидируются расходы на вакцинацию против гриппа для детей, пожилых людей и беременных женщин с высоким риском осложнений.

※ Программа вакцинации против гриппа является сезонной, поэтому график вакцинации можно уточнять ежегодно на сайте «Помощник по прививкам» (примерно в сентябре).

- **Право на участие:** Дети в возрасте от 6 месяцев до 13 лет, беременные женщины, пожилые люди в возрасте от 65 лет  
※ Обратитесь в ближайший центр общественного здравоохранения или назначенное медицинское учреждение для получения подробной информации о критериях участия в программе
- **Подробная информация о программе:** 1 прививка против гриппа за сезон  
※ 2 прививки для лиц в возрасте от 6 месяцев до 8 лет, имеющих право на получение первой вакцинации против гриппа
- **Поставщик услуг вакцинации:** ближайшее медицинское учреждение или центр общественного здравоохранения  
※ Чтобы найти ближайшее назначенное медицинское учреждение, обратитесь к веб-сайту «Помощник по прививкам» (<https://nip.kdca.go.kr>)  
※ В центрах общественного здравоохранения, управляемыми некоторыми местными органами власти, могут отсутствовать возможности для проведения обследования; пожалуйста, проверьте это перед посещением

## Программа бустерной вакцинации для учащихся, поступающих в начальную или среднюю школу

### 초·중학교 입학생 예방접종 확인사업

#### » Программа бустерной вакцинации для учащихся, поступающих в начальную или среднюю школу

Для предотвращения распространения инфекционных заболеваний в школах, проверяется наличие прививок у детей, поступающих в начальную или среднюю школу\*, и непривитым учащимся предлагается пройти вакцинацию.

\* Статья 31 Закона о контроле и профилактике инфекционных заболеваний (Подтверждение о завершении вакцинации), статья 10 Закона о школьном здоровье (Проверка прохождения вакцинации)

- **Право на участие:** Учащиеся, поступающие в начальную или среднюю школу в текущем году
- **Необходимые прививки:**
  - **(начальная школа)** 4 обязательные прививки для детей в возрасте от 4 до 6 лет  
※ 5-я доза аАКДС (DTaP), 4-я доза IPV, 2-я доза MMR, 4-я доза инактивированной вакцины против японского энцефалита (или 2-я доза живой аттенуированной вакцины)
  - **(Средняя школа)** 3 обязательные прививки для детей в возрасте от 11 до 12 лет  
※ 6-я доза Tdap (или TD), 5-я доза инактивированной вакцины против японского энцефалита (или 2-я доза живой аттенуированной вакцины), 1-ая доза ВПЧ (студентки)
- **Подробная информация о программе:** для подтверждения вакцинации школы и центры общественного здравоохранения используют данные о новых учащихся, полученные от Министерства образования, и данные о вакцинации, полученные от Корейского центра по контролю и профилактике заболеваний; невакцинированных учащихся призывают пройти вакцинацию и предоставляют им информацию о процедуре ее проведения.  
※ Учащимся, имеющим заполненную карту прививок на сайте «Помощник по прививкам», не требуется представлять <свидетельство о вакцинации> в школу.  
※ <Лица, имеющие противопоказания к вакцинации>, должны обратиться в медицинское учреждение, поставившее диагноз (или в медицинское учреждение, проводившее вакцинацию), с просьбой об электронной регистрации их <противопоказаний к вакцинации>. Если же медицинское учреждение не может зарегистрировать <противопоказания к вакцинации> учащегося в электронном виде, то учащийся должен получить медицинскую справку с указанием <противопоказаний к вакцинации> и предоставить ее в школу после зачисления.

If the medical institution cannot electronically register a student's <Immunization Contraindications>, the student must receive a medical certificate specifying the <Immunization Contraindications> and submit the same to the school after admission

#### ▶ Лица, имеющие противопоказания к вакцинации:

- Лица, имеющие тяжелую аллергическую реакцию (анафилактический шок) на компоненты вакцины или перенесшие тяжелую аллергическую реакцию после предыдущей прививки.
- Лица, перенесшие энцефалопатию неизвестной причины в течение 7 дней после прививки против коклюша  
\* Временные состояния, такие как высокая температура или введение иммуноглобулинов, а также аллергия на яйца или атопический дерматит не являются противопоказаниями к вакцинации.



# 어린이가 건강한 대한민국

Республика Корея заботится о здоровье вашего ребенка

## 표준예방접종일정표 (2024) Стандартный график вакцинации (2024)

대상 감염병 Целевые инфекционные заболевания	백신 종류 및 방법 Тип и способ вакцинации	회수 Доза	출생시 При рождении	4주 이내 В течение 4 недель	1개월 1 мес.	2개월 2 мес.	4개월 4 мес.	6개월 6 мес.	12개월 12 мес.	15개월 15 мес.	18개월 18 мес.	19~23개월 19-23 мес.	24~35개월 24-35 мес.	4세 4 года	6세 6 лет	11세 11 лет	12세 12 лет
B형간염 Hepatitis B	HerB	3	HerB 1차 (HerB 1-я доза)	HerB 2차 (HerB 2-я доза)													
결핵 Tuberculosis	BCG (внутрикожно) BCG (intraderm)	1	BCG 1차 (BCG 1-я доза)														
디프테리아 파상풍 столбняк 백일해 Cоклюш	aAC/C Tdap/Td	5	DTP 1차 (aAC/C 1-я доза)	DTP 2차 (aAC/C 2-я доза)	DTP 3차 (aAC/C 3-я доза)	DTP 4차 (aAC/C 4-я доза)											
폴리오 Poliоmиелит	IPV	1	IPV 1차 (IPV 1-я доза)	IPV 2차 (IPV 2-я доза)	IPV 3차 (IPV 3-я доза)												Tdap/Td 6차 (Tdap/Td 6-я доза)
B형헤모필루스인플루엔자 Геморричальная инфекция типа B	Hib	4	Hib 1차 (Hib 1-я доза)	Hib 2차 (Hib 2-я доза)	Hib 3차 (Hib 3-я доза)												IPV 4차 (IPV 4-я доза)
페렴구균 감염증 Пневмококковая инфекция	PCV	4	PCV 1차 (PCV 1-я доза)	PCV 2차 (PCV 2-я доза)	PCV 3차 (PCV 3-я доза)												IPV 4차 (IPV 4-я доза)
우렁치렁 우울성아디신염 Swinкa 풍진 Краснуха	PPSV	-															
수두 ветряная оспа	RV1	2	RV 1차 (RV 1-я доза)	RV 2차 (RV 2-я доза)													
A형간염 Hepatitis A	RV5	3	RV 1차 (RV 1-я доза)	RV 2차 (RV 2-я доза)	RV 3차 (RV 3-я доза)												
일본뇌염 Японский энцефалит	MMR	2															MMR 2차 (MMR 1-я доза)
사립유두종바이러스 감염증 Инфекция, вызванная вирусом папилломы человека	VAR	1															
인플루엔자 Грипп	HerA	2															
	HerA	2															
	LEV	5															
	LEV	2															
	HPV	2															HPV 1~2차 (HPV 1-я и 2-я доза)
	IV	-															

- 국가예방접종: 국가에서 관장하는 필수예방접종(국가감염병의 예방 및 관리에 관한 법률)을 통해 예방접종 대상 감염병과 예방접종 실시조 및 방법을 정하고, 이를 근거로 재원을 마련하여 지원하고 있음. Национальные прививки: Обязательные прививки, рекомендованные государством. Государство определяет инфекционные заболевания, подлежащие вакцинации, устанавливает стандарты и способы вакцинации, а также обеспечивает финансирование и субсидирование вакцинации на основании Закона «О контроле и профилактике инфекционных заболеваний».
- 기타예방접종: 예방접종 대상 감염병 및 지정감염병 이외 감염병으로 민간 의료기관에서 접종 가능한 유료 예방접종. Другие прививки: Частные медицинские учреждения предлагают платные прививки против инфекционных заболеваний, не входящих в перечень инфекционных заболеваний и инфекционных заболеваний, подлежащих обязательной вакцинации по всей стране.
- DTP, IPV, Hib 백신은 예방접종일정에 따라 DTP-aP/HPV(디프테리아·파상풍·백일해·폴리오) 또는 DTP-aP/HPV/Hib(디프테리아·파상풍·백일해·폴리오·헤모필루스인플루엔자) 혼합백신으로 접종 가능. В зависимости от графика вакцинации DTP, IPV и Hib вы можете получить вакцину DTP-aP/HPV (дифтерия, столбняк, коклюш и полиомиелит) или DTP-aP/HPV/Hib (дифтерия, столбняк, коклюш, полиомиелит и гемофильная инфекция типа B).

## 어린이 국가예방접종사업 안내 ХҮҮХДИЙН ҮНДЭСНИЙ УРЬДЧИЛАН СЭРГИЙЛЭХ ТАРИЛГЫН ХӨТӨЛБӨРИЙН ТАНИЛЦУУЛГА

예방접종은 예방접종 대상 감염병으로부터 아이들을 보호할 수 있는 안전하고 효과적인 방법으로, 어린이 감염병 예방을 위해 국가에서 예방접종비용을 전액 지원하고 있습니다.  
Урьдчилан сэргийлэх тарилга нь урьдчилан сэргийлэх тарилга хийх шаардлагатай халдварт өвчнөөс хүүхдэд хамгаалах аюулгүй, үр дүнтэй арга бөгөөд хүүхдийг халдварт өвчнөөс урьдчилан сэргийлэхийн тулд урьдчилан сэргийлэх вакцинжуулалт тарилгын бүх үнэ төлбөрийг улсаас хариуцаж байна.

### 국가예방접종 지원백신 Улсаас олгож буй урьдчилан сэргийлэх вакцин



### 무료 접종 지정 의료기관 Вакцинжуулалт тарилгыг үнэ төлбөргүй хийх магадлан итгэмжлэгдсэн эмнэлгийн байгууллагууд

- 지정 의료기관은 예방접종도우미 누리집(<https://nip.kdca.go.kr>)에서 확인할 수 있습니다.
- Магадлан итгэмжлэгдсэн эмнэлгийн байгууллагуудыг вакцинжуулалтад туслагч Нүрижиб цахим хуудас(<https://nip.cdc.go.kr>) - аас лавлаж мэдэх боломжтой.
- 지정 의료기관 방문 전 접종 가능한 백신 종류를 확인하시기 바랍니다.
- \* Магадлан итгэмжлэгдсэн эмнэлгийн байгууллагад очихоосоо өмнө тариулах боломжтой вакцины төрлийг асууж лавлана уу.
- \* 지정 의료기관 정보는 한국어로 제공됩니다.
- \* Магадлан итгэмжлэгдсэн эмнэлгийн байгууллагын мэдээлэл Солонгос хэл дээр байна.
- 부득이한 사유로 출생신고가 1개월 이상 지연되었다면 보건소에서 예방접종을 위한 임시관리번호를 발급받으면 무료 접종 가능합니다.
- Хүндэтгэн үзэх шалтгаанаар хүүхдийн төрсний бүртгэлийг 1 сараас дээш хийлгээгүй хоцорсон бол харьяалах өрхийн эмнэлгээс урьдчилан сэргийлэх тарилга хийлгэхэд шаардлагатай (бүртгэлийн түр дугаар) авсны дараа үнэ төлбөргүй вакцинжуулалтад хамрагдах боломжтой.
- 접종기관에서 전산등록한 자녀의 예방접종 기록은 예방접종도우미 누리집에서 확인할 수 있습니다. 예방접종을 완료하지 않은 경우, 가까운 보건소 또는 지정 의료기관을 방문하여 무료접종 받으시기 바랍니다. 만약 예방접종을 완료하였으나 전산등록이 누락된 경우 접종기관에 전산등록을 요청하시기 바랍니다(한국어로만 지원).
- Тарилга хийсэн байгууллагаас цахим бүртгэл хэвийн хийгдсэн хүүхдийн урьдчилан сэргийлэх тарилгад хамрагдсан бүртгэлийг вакцинжуулалтад туслагч Нүрижиб цахим хуудаснаас шалгаж болно. Урьдчилан сэргийлэх тарилга дутуу хийгдсэн бол өөрт ойрхон өрхийн эмнэлэг болон магадлан итгэмжлэгдсэн эмнэлгийн байгууллагад хандан үнэ төлбөргүйгээр хамрагдана уу. Хэрэв урьдчилан сэргийлэх тарилгаа хийлгэсэн ч цахим бүртгэлд ороогүй бол тарилга хийсэн эмнэлэгтээ хандан цахим бүртгэл хийж өгөхийг хүснэ үү. (Зөвхөн Солонгос хэл дээр).
- 더 궁금한 사항은 인터넷 예방접종도우미 누리집 통해 확인하거나 전화로 문의주세요
- Илүү дэлгэрэнгүй мэдээллийг интернетээр вакцинжуулалтад туслагч Нүрижиб цахим хуудас болон мобайл аппликейшн, мөн утсаар лавлана уу.

누리집: <https://nip.kdca.go.kr> | 전화번호: 043-719-8398~8399 | 다누리콜센터: 1577-1366  
Нүрижиб: <https://nip.cdc.go.kr> | Утас: 043-719-8397-8399 | Данури лавлах төв: 1577-1366

# Урьдчилан сэргийлэх тарилга хийлгэх гарын авлага (Хосолмол соёлт гэр бүлийн асран хамгаалагчид зориулав)

1. Таны төрөлх хэл дээрх “Урьдчилан сэргийлэх тарилгын хуудас”-ыг хараад (Солонгос хэл дээрх) Урьдчилан сэргийлэх тарилгын хуудсыг бөглөж өгнө үү.

## <Урьдчилан сэргийлэх тарилгын хуудсыг бөглөхөд анхаарах зүйлс>

- 1 Хүүхдийнхээ нэрийг солонгос эсвэл англиар бичнэ үү.
- 2 Иргэний бүртгэлийн дугаар(гадаад иргэний үнэмлэхийн дугаар)-аа бичнэ үү.  
Хэрэв, иргэний бүртгэлийн дугаар(гадаад иргэний үнэмлэхийн дугаар) байхгүй тохиолдолд өрхийн эмнэлгээс урьдчилан сэргийлэх вакцин тарилга хийлгэхэд зориулан авсан “Бүртгэлийн түр дугаар”-аа бичнэ үү.
- 3 Иргэний бүртгэлийн бичиг баримт дээрх төрсөн өдөр болон жинхэнэ төрсөн өдөр өөр тохиолдолд жинхэнэ төрсөн өдрийг холбогдох хэсэгт бичнэ.  
※ Тарилга хийх өдөр нь жинхэнэ төрсөн өдрөөр тогтоогдох учир жинхэнэ төрсөн өдөр нь өөр тохиолдолд жинхэнэ төрсөн өдрийг нотлох бичиг баримт(төрсний гэрчилгээ гэх мэт)-ын хамт ойролцоох өрхийн эмнэлэгт хандан өөрчлүүлнэ үү.
- 4 If your child is ill today, please state the symptoms as follows:

1. Халуурах 2. Ханиалгах 3. Хоолой өвдөх (хавдах) 4. Гүйлгэх 5. Гэдэс өвдөх  
6. Бөөлжих 7. Толгой өвдөх 8. Ядрах 9. Бусад

### ■ Урьдчилан сэргийлэх тарилгын хуудсыг бөглөхөд анхаарна уу!

- “Утасны дугаарыг ил гаргах, мессеж хүлээн авахыг зөвшөөрөх” хэсэгтэй санал нийлж буйг баталгаажуулна
- Мэдээллийн мессеж очих үед харилцах хэлийг сонгоно.
- Дараагийн тарилгын хугацаанаас гадна Солонгос хэлээс өөр хүссэн хэлээрээ “Дараагийн тарилгын нэр болон өдөр”-ийг мессежээр хүлээн авах боломжтой.
- Хүссэн хэлийг сонгох үед асран хамгаалагчийн утасны дугаарыг нэмж бүртгүүлбэл “Дараагийн тарилгын хугацаа”-ны мэдээллийг цуг авах боломжтой.

2. Хүүхдийн нэрийг дуудах хүртэл эмчилгээний өрөөний гадна түр хүлээнэ үү.
3. (Тарилга хийхийн өмнө) Өмнө нь ижил төрлийн тарилга хийлгэсэн эсэхийг хүүхдийн вакцинжуулалтад хамрагдсан бүртгэлийг лавлаж үзнэ.  
※ Үзлэгийн эмч хүүхдийн тарилга хийлгэж байсан бүртгэлийг цахим системээр шалгах боломжтой.  
※ Хүүхдийн тарилга хийснийг нотлох вакцин хийлгэсэн хуудас эсвэл урьдчилан сэргийлэх тарилгын бүртгэлийн дэвтэр байгаа бол үзлэгийн эмчид өгнө үү
4. (Тарилга хийхийн өмнө) Үзлэгийн эмчийн тайлбарлан хэлж байгаа тайлбар зөвлөгөө ба гаж нөлөөг сайн сонсож авна.  
※ Солонгос хэл ойлгоход хэцүү бол эмчдээ төрөлх хэл дээр байгаа урьдчилан сэргийлэх тарилгын гарын авлага(VIS)-ыг хэвлэж өгөхийг хүсэн гарын авлага дээрх “Урьдчилан сэргийлэх тарилгын дараа анхаарах зүйлс ба гаж нөлөө” хэсгийг сайтар уншина.
5. (Тарилга хийх үед) Үзлэгийн эмч тариагаа аюулгүй хийж чадахаар хүүхэд уйлан эсэргүүцвэл асран хамгаалагч хүүхдээ өвөр дээрээ суулгаж нэг гараараа хүүхдийн их биеийг тэвэрнэ.
6. (Тарилга хийх үед) Урьдчилан сэргийлэх тарилгын өмнө болон дараа анхаарах ёстой зүйлсийг сайн сонсон авч, тариагаа хийлгэнэ.
7. (Тариулсны дараа) Хүүхдийн дараагийн тариулах өдрийг үзлэгийн эмчтэй зөвлөн тогтоно.
8. (Тарилгын дараа) Эмнэлэгт 20-30 минут байж гаж нөлөө гарах эсэхийг ажиглана.
9. (Гэртээ хариад) Хамгийн багадаа 3 цагаас дээш хугацаагаар маш анхааралтай ажиглаж халуурах эсвэл ердийн үед биед гарч байгаагүй шинж тэмдэг илэрвэл яаралтай эмчид үзүүлэх хэрэгтэй.

※ Вакцин тариулахтай холбоотой орчуулга хэрэг болсон тохиолдолд Данүри лавлах төв(☎ 1577-1366) руу холбогдож тусламж авч болно.

## Вакцин хийлгэх бүртгэл

Аюулгүй вакцин хийлгэхийн тулд доорх асуултыг уншин, өөрийн биеэр (хуулийн бие төлөөлөгч болон асран хамгаалагч) бөглөнө үү.

Овог нэр		Иргэний үнэмлэхний дугаа	-	(□Эр □ЭМ)
Төрсөн сар өдөр		гадаад иргэн ий үнэмлэхний дугаар	-	(□Эр □ЭМ)
Утасны дугаар	(Гэрийн утас)	(Гар утас)	Биеийн жин	kg

Вакцин хийлгэхэд шаардлагатай хувийн мэдээллийн талаарх зөвшөөрсөн зүйлс	өөрийн бие (хуулийн бие төлөөлөгч, асран хамгаалагч) <input checked="" type="checkbox"/>
--	--

“Халдварт өвчинтэй тэмцэх урьдчилсан сэргийлэх тухай хуул”ийн зүйл мөн хуулийг хэрэгжүүлэх тогтоолын 32-ын3дугаар зүйлд заасны дагуу иргэний үнэмлэхний дугаар хувийн мэдээлэл болон эмзэг мэдээллийг цуглуулж байна. Дараахи зүйлийг нэмж цуглуулах болно.  
 ■ Хувийн мэдээллийг цуглуулах зорилго :Зайлшгүй хийлгэх шаардлагатай вакцины давтамжийн вакцинжуулалтыг дуусгасан эсэх, вакцин хийлгэсний дараа сөрөг нөлөө илэрсэн эсэхтэй холбогдолтой мессеж  
 ■ Хувийн мэдээллийг цуглуулах ашиглах зүйлс: Хувийн мэдээлэл (эмзэг мэдээлэл, иргэний үнэмлэхний дугаар оруулах), утасны дугаар (гэр болон гар утас)  
 ■ Хувийн мэдээллийг хадгалах болон ашиглах хугацаа: 5жил

Вакцин хийлгэхээс өмнө вакцинд хамрагдагчийн вакцины жагсаалт болон урьдчилсан сэргийлэх вакцины нэгдсэн хяналтын системээс урьдчилан шалгахыг зөвшөөрч байна.  
 \* Вакцины жагсаалтаас урьдчилан шалгахыг зөвшөөрөөгүй тохиолдолд, шаардлагагүй нэмэлт вакцин болон вакцинаа давхцуулах тохиолдол гарч болно  тийм  үгүй

Зайлшгүй хийлгэх шаардлагатай вакцины давтамж вакцин болон дууссан эсэх талаарх мэдээллийг гар утсаараа мессеж авахыг зөвшөөрч байна  
 \* Мессеж авахыг зөвшөөрөөгүй тохиолдолд, зөвшөөрөөгүй зүйлсийн талаарх мэдээллийг хүлээн авах боломжгүй.  тийм  үгүй

Вакцин хийлгэсний дараа сөрөг нөлөө илэрсэн эсэхтэй холбогдолтой мессежийг гар утсаараа авахыг зөвшөөрч байна.  
 \* Мессеж авахыг зөвшөөрөөгүй тохиолдолд, зөвшөөрөөгүй зүйлийн талаарх мэдээллийг хүлээн авах боломжгүй.  тийм  үгүй

Вакцинд хамрагдах хүний талаарх мэдээлэл	өөрийн бие (хуулийн бие төлөөлөгч, асран хамгаалагч) зөвшөөрөх <input checked="" type="checkbox"/>
--	--

Өнөөдөр хаана чинь өвдөж байна вэ? Өвдөж байгаа газрынхаа шинж тэмдгийг бичнэ үү. ( )  тийм  үгүй

Эм болон хоол(өндөг) мөн вакцинаас үүдэлтэй биеэр туурах юмуу харшлын шинж тэмдэг илэрч байсан уу?  тийм  үгүй

Өмнөх вакциныдараабиедямарнэгэнсөрөгнөлөөилэрчбайсануу? Тиймболбичнэүү. (Вакцины нэр )  тийм  үгүй

Төрөлхийн согог, багтраа болон уушиг, бөөр, зүрх, элэг, чихрийн шижин болон дотоод шүүрлийн, цусны өвчтэй болон эмчилгээ хийлгэж байсан удаа бий юу? Тийм бол бичнэ үү.  тийм  үгүй

Татаж байсан эсвэл тархи, мэдрэлийн ямар нэг эмгэгтэй юу?  тийм  үгүй

Хортхавдар,цусныцагаанөвчинболондархлаатайхолбоотойөвчинтэйюу?Бичнэүү. (Өвчнийнэр: )  тийм  үгүй

Сүүлийн 3 сарын дотор стройд, антибиотик, цацраг туяан эмчилгээ хийлгэсэн үү?  тийм  үгүй

Сүүлийн 1 жилд цус сэлбэх юм уу, дархлаа сайжруулах глобулин хийлгэсэн үү?  тийм  үгүй

Сүүлийн 1 сард вакцин хийлгэсэн уу? Тийм бол вакцины нэрээ бичнэ үү. (Вакцины нэр : )  тийм  үгүй

(Эмгэгтэй хүнд) Одоо жирэмсэн буюу сарын дотор жирэмслэх магадлалтай юу?  тийм  үгүй

Эмчийн үзлэг болон вакцины дараа нэг шинж илэрч болох талаар тайлбарласы дараа вакцин хийнэ.  
 Өөрийн(хуулийн бие төлөөлөгч, асран хамгаалагч) нэр : (Гарын үсэг) Ямар холбоотой болох :  
 Бүртгэл хийгдээгүй нярай бол хуулийн бие төлөөлөгчийн үнэмлэхний дугаар ( - )  
 он сар өдөр

Эмчийн үзлэгийн бүртгэл (Эмч бөглөх хуудас)	Отметьте! <input checked="" type="checkbox"/>
---	---

Биеийн халуун : °C Вакцины дараах шинжийн талаар тайлбарласан.

Вакцин хийлгээд 20-30 минут ажиглаж байгаад явах талаар тайлбарласан.

Үзлэгийн үр дүн :  
 Эмчийн үзлэгээр вакцин хийхэд боломжтой. Эмчийн нэр : (гарын үсэг)

## 자녀의 예방접종 기록을 확인하세요.

Хүүхдийнхээ урьдчилан сэргийлэх тарилга хийлгэсэн бүртгэлийг шалгаж байгаарай.

### ■ Урьдчилан сэргийлэх тарилга хийлгэсэн бүртгэл цахим системд бүртгэгдвэл ямар сайн талтай вэ?

1. Урьдчилан сэргийлэх тарилгын алдаанаас урьдчилан сэргийлж, шаардлаггүй нэмэлт тарилга, зардлыг хэмнэнэ.

2. Урьдчилан сэргийлэх тарилгын бүртгэлийг вакцинжуулалтад туслагч Нүрижибээс шалгах боломжтой.

○ Вакцинжуулалтад туслагч Нүрижиб(<https://nip.kdca.go.kr>) бүртгүүлсний дараа хүүхдээ бүртгүүлэн урьдчилан сэргийлэх тарилгын бүртгэлийг шалгана.

- (Хүүхдээ бүртгүүлэх арга) Вакцинжуулалтад туслагч Нүрижиб нэвтрэх → [Урьдчилан сэргийлэх тарилга] → [Хүүхдийн урьдчилан сэргийлэх тарилга] → [Хүүхдийн мэдээллээ бүртгүүлэх]

- (Түүх лавлах арга) Вакцинжуулалтад туслагч Нүрижиб нэвтрэх → [Урьдчилан сэргийлэх тарилга] → [Хүүхдийн урьдчилан сэргийлэх тарилга] → [Хүүхдийн урьдчилан сэргийлэх тарилгын түүх лавлах]

※ Урьдчилан сэргийлэх тарилга хийсэн тэмдэглэл бүртгэгдээгүй тохиолдолд тарилга хийлгэсэн эмнэлэгтээ хандан цахим системд бүртгэл хийж өгөхийг хүснэ.  
 ※ “Урьдчилан сэргийлэх тарилгын бүртгэлийн дэвтэр” нь асран хамгаалагч хүүхдийн тарилга хийлгэсэн байдлыг удирдахад тусалж өгдөг тул вакцин хийлгэснийг нотлох “урьдчилан сэргийлэх тарилгын хуудас”-ыг орлодоггүй болно.

3. “Урьдчилан сэргийлэх тарилгын хуудас”-ыг онлайнээр үнэ төлбөргүй(солонгос болон англи хэлээр) авч болно.

○ Вакцинжуулалтад туслагч Нүрижиб нэвтрэх → [Урьдчилан сэргийлэх тарилгын удирдлага] → [Цахим хүсэлтийн үйлчилгээ] → [Урьдчилан сэргийлэх тарилгын хуудас]

4. Хүүхдийн урьдчилан сэргийлэх тарилга хийлгэх өдрийг мартуулахгүйн тулд “дараагийн тарилга хийлгэх өдөр”-ийг мессэжээр мэдэгдэж өгнө.

○ Тарилга хийх байгууллагат холбоо барих эцэг эх(асран хамгаалагч болон хууль ёсны төлөөлөгч)-ийн гар утасны дугаарыг өгч, зайлшгүй хийлгэх вакцин тарилгын өдрийг мессэжээр мэдэгдэн өгч байна.

○ Хэрэв олон орны хэл\*ээр мессэж хүлээн авахыг хүсвэл тарилга хийлгэсэн байгууллагад хүлээн авах гадаад хэлээ мэдэгдэнэ. Солонгос хэлтэй хамт мессэжээр авах боломжтой.

- Хүссэн хэлийг сонгох үед өөр асран хамгаалагчийн утасны дугаарыг нэмж оруулал “дараагийн урьдчилан сэргийлэх тарилгын өдөр”-ийг хамт хүлээн авах боломжтой.

\* Олон орны хэл (12улс): Балба, Лаос, Орос, Монгол, Вьетнам, Англи, Узбекистан, Япон, Хятад, Камбож, Тайланд, Филиппин

### ■ Гадаадад оршин сууж байгаад ирсэн тохиолдолд, урьдчилан сэргийлэх тарилгын хуудасыг авчирч ирнэ үү.

Гадаадад вакцинд хамрагдсан тохиолдолд, ирхээс өмнө “англи хэл дээрх урьдчилан сэргийлэх тарилгын хуудас” болон “Вакцинд хамрагдсан байгууллагын тамга болон албан ёсны гарын үсэгтэй бичиг баримт”-ыг авчирч ойрхон өрхийн эмнэлэгт системийн бүргэлд оруулах хүсэлт гаргана уу.

Манай улс нь нэг дор олноор цуглардаг сурагчдыг халдварт өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, тэдний эрүүл мэндийг хамгаалах зорилгоор цэцэрлэг болон бага дунд сургуульд элсэн ороход урьдчилан сэргийлэх тарилга хийлгэсэн тодорхойлолтыг шаардаж вакцинаа бүрэн хийлгэсэн эсэхийг шалгадаг.

Гэхдээ урьдчилан сэргийлэх тарилгын бүртгэлийг вакцинжуулалтад туслагч Нүрижиб-ээс шалгах боломжтой тохиолдолд урьдчилан сэргийлэх тарилгыг хуудсыг цэцэрлэг, сургуульд өгөх шаардлагагүй байдаг.

\* Үндэслэл : 1.Халдварт өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, хяналт удирдлагын тухай хууль, 31-р зүйл, 2.Сургуулийн эрүүл ахуйн тухай хууль, 10-р зүйл, 3.Бага насны хүүхдийн боловсролын тухай хууль, 31-р зүйлийн 3-р хэсэг

## ҮНДЭСНИЙ УРЬДЧИЛАН СЭРГИЙЛЭХ ТАРИЛГЫГ ДЭМЖИХ ХӨТӨЛБӨРИЙН МЭДЭЭЛЭЛ

### 국가예방접종 사업안내

### » ХҮҮХДИЙН ҮНДЭСНИЙ УРЬДЧИЛАН СЭРГИЙЛЭХ ТАРИЛГЫГ ДЭМЖИХ ХӨТӨЛБӨР

Урьдчилан сэргийлэх тарилгад хамрагдах ёстой халдварт өвчнөөс хүүхдүүдийг хамгаалах зорилгоор заавал хамрагдах ёстой тарилгын бүх төлбөрийг улсаас хариуцаж байна.

● **Хамрагдах хүрээ** : 12 нас хүртэлх хүүхэд

※ Тус онд хамрагдах хүүхэд нь өөрт ойр эрүүл мэндийн төв эсвэл магадлан итгэмжлэгдсэн эмнэлгийн байгууллагад хандана уу.

● **Хангамжийн хүрээ**: Заавал хамрагдах ёстой тарилгын бүх зардлыг хангана.

● **Хамрагдах вакцины төрөл**: 18 төрөл

Сүрьеэ (BCG, Судас тариа), Элэгний В вирус(НерВ), Сахуу/Татран/Хөхүүл ханиад(DTaP), Татран/Сахуу(Td), Татран/Сахуу/Хөхүүл ханиад(DTaP), Саа өвчин(IPV), Сахуу/Татран/Хөхүүл ханиад/Саа өвчин(DTaP-IPV), Сахуу/Татран/Хөхүүл ханиад/Саа өвчин/Хэмофилийн томуугийн төрөл b (DTaP-IPV/Hib), Хэмофилийн томуугийн төрөл b(Hib), Пневмококкийн халдвар(PCV), Ротавируссын халдвар(RV), Улаанбурхан/Гахайн хавдар/Улаан эсэргэнэ(MMR), Салхин цэцэг(VAR), Элэгний А вирус(НерА), Японы тархины үрэвсэл сулруулсан вакцин(IJEV), Японы тархины үрэвсэл амьд вакцин(IJEV), Хүний папилломавируссын халдвар(HPV), Томуу (IIV)

※ Судас тариа BCG, Пневмококкийн халдвар, Хэмофилийн томуугийн төрөл b, Элэгний А вирус зэрэг зарим төрлийн вакцин нь үнэгүй тариулах насны хязгаартай болно.

● **Тарилга хийх байгууллага** : Өөрт ойр магадлан итгэмжлэгдсэн эмнэлгийн байгууллага болон өрхийн эмнэлэг

※ Магадлан итгэмжлэгдсэн эмнэлгийн байгууллага нь вакцинжуулалтад туслагч Нүрижиб(<https://nip.kdca.go.kr>) цахим хуудаснаас шалгах боломжтой.

※ Өрхийн эмнэлэг нь орон нутгийн нөхцөл байдлаас хамааран тарилга хийх эсэх нь өөр байдаг учир очихоос өмнө лавлах шаардлагатай.

### » Элэгний В вирус жирэмсний болон төрсний дараах халдвараас урьдчилан сэргийлэх хөтөлбөр

Элэгний В вирустэй эхээс төрсөн нярай хүүхдийн В вирус халдварлахаас урьдчилан сэргийлж төрөх үед дархлаа сайжруулагч глобулин болон В вирусээс урьдчилан сэргийлэх вакцин тарилга хийх, эсрэг биетийн шинжилгээ хийх бүх зардлыг улсаас хариуцаж байна.

● **Хамрагдах хүрээ**: В вируссын халдвар антиген(HBsAg) эсвэл е антиген(HBeAg) эерэг гарсан эхээс төрсөн нярай хүүхэд

- Жирэмсэн үедээ төрхөөс өмнөх В вируссын шинжилгээний хариугаа\* гарган өгсөн болон хувийн мэдээллээ өгөхийг зөвшөөрсөн хүн

\* Жирэмсний үед болон төрсний дараах 7 хоног дотор эхэд хийгдсэн В вируссын халдвар антиген(HBsAg) эсвэл е антиген(HBeAg) шинжилгээний хариу эерэг гарсан

● **Хангамжийн хүрээ**:

①дархлааны глобулин 1 удаа(төрөх үед), ②үндсэн вакцин тарилга 3 удаа(0, 1, 6 сартайд), ③үндсэн вакцин тарилгын дараа В вирусны антиген, эсрэг биетийн шинжилгээ 1 удаагийн бүх зардлыг улсаас хариуцна.

※ 1 дэх удаагийн антиген, эсрэг биетийн шинжилгээний үр дүнгээс шалтгаалж давтан тарилга(дээд тал нь 3 удаа) болон давтан шинжилгээ(дээд тал нь 2 удаа)-ний зардлуудыг нэмж хариуцаж болно.

● **Тарилга хийх байгууллага** : Өөрт ойр магадлан итгэмжлэгдсэн эмнэлгийн байгууллага болон өрхийн эмнэлэг

※ Магадлан итгэмжлэгдсэн эмнэлгийн байгууллага нь вакцинжуулалтад туслагч Нүрижиб(<https://nip.kdca.go.kr>) цахим хуудаснаас шалгах боломжтой.

※ Өрхийн эмнэлэг нь орон нутгийн нөхцөл байдлаас хамааран тарилга хийх эсэх нь өөр байдаг учир очихоос өмнө лавлах шаардлагатай.

# ҮНДЭСНИЙ УРЬДЧИЛАН СЭРГИЙЛЭХ ТАРИЛГЫН ХӨТӨЛБӨР

## 국가예방접종 지원사업

### » Хүний папилломавирусын халдвар өвчний урьдчилан сэргийлэх тарилгыг дэмжих хөтөлбөр

Хүний папилломавирусын(HPV) халдвараас үүдсэн умайн хүзүүний хорт хавдар зэрэг хавдраас урьдчилан сэргийлэх зорилгоор HPV вирусээс урьдчилан сэргийлэх тарилгыг улсаас хариуцаж байна.

- **Хамрагдах хүрээ:** 12~17 насны өсвөр насны охид, 18~26 насны бага орлоготой эмэгтэйчүүд
  - \* ГСуурь амьжиргааг хамгаалах тухай хууль-д амьжиргааны суурь түвшний халамж хүртэгч, доогуур орлоготой давхарга (дундаж орлогын 50 хувиас доогуур орлого)
  - ※ Хамрагдах хүрээний илүү дэлгэрэнгүй мэдээллийг ойролцоох дүүрэг хорооны эрүүл мэндийн төв болон магадлан итгэмжлэгдсэн эмнэлгийн байгууллагаас тодруулна уу.
- **Хангамжийн хүрээ:** Хүний папилломавирусын(HPV) халдвараас урьдчилан сэргийлэх тарилгын бүх зардлаар хангана
  - \* Тарилга хийх хэмжүүрт үндэслэн анх тариулж буй нас нь 14-оос доош настай бол 2 удаа, 15-аас дээш насныхан 3 удаа тариулах хэрэгтэй бөгөөд хэмжүүрт тохирсон тарилгын зардлаар хангана.
  - ※ 12 насны өсвөр насны охин HPV урьдчилан сэргийлэх тарилгад хамрагдах тохиолдолд эрүүл мэндийн зөвлөгөө хамт өгнө
- **Хамрагдах вакцин:** Серваригс(HPV2), Гардашил(HPV4)
  - ※ HPV 9 нь хангамж авах боломжтой вакцинд орохгүй
- **Тарилга хийх байгууллага :** Өөрт ойр магадлан итгэмжлэгдсэн эмнэлгийн байгууллага болон өрхийн эмнэлэг
  - ※ Магадлан итгэмжлэгдсэн эмнэлгийн байгууллага нь вакцинжуулалтад туслагч Нүрижиб(<https://nip.kdca.go.kr>) цахим хуудаснаас шалгах боломжтой.
  - ※ Өрхийн эмнэлэг нь орон нутгийн нөхцөл байдлаас хамааран тарилга хийх эсэх нь өөр байдаг учир очихоос өмнө лавлах шаардлагатай.

### » Үндэсний хөхүүл ханиад томууны урьдчилан сэргийлэх тарилгыг дэмжих хөтөлбөр

Сургуулийн насны хүүхдүүд, өвчин тусах өндөр эрсдэлтэй өндөр настан, жирэмсэн эхчүүдийг хөхүүл ханиад тусахаас урьдчилан сэргийлэхийн тулд вакцин тарилгын зардлыг улсаас бүрэн хариуцаж байна.

- ※ Тус хөтөлбөр нь улирлын хөтөлбөр бөгөөд жил бүрийн 9 сард вакцинжуулалтад туслагч Нүрижиб(<https://nip.kdca.go.kr>) цахим хуудаснаас шалгах боломжтой.
- **Хамрагдах хүрээ:** Төрснөөс хойш 6 сар - 13 хүртэлх насны хүүхэд, жирэмсэн эх, 65 дээш насны ахмад
  - ※ Хамрагдах хүрээний нарийн мэдээллийг өөрт ойр өрхийн эмнэлэг болон магадлан итгэмжлэгдсэн эмчилгээний байгууллагат хандаж авна уу.
- **Хангамжийн хүрээ:** Хөхүүл ханиадны урьдчилан сэргийлэх тарилга 1 удаа / улирал бүрт
  - ※ Төрснөөс хойш 6-8 сартай хүүхэд дунд анх удаа хөхүүл ханиадны урьдчилан сэргийлэх тарилгад хамрагдаж буй тохиолдолд 2 удаа
- **Тарилга хийх байгууллага :** Өөрт ойр магадлан итгэмжлэгдсэн эмнэлгийн байгууллага болон өрхийн эмнэлэг
  - ※ Магадлан итгэмжлэгдсэн эмнэлгийн байгууллага нь вакцинжуулалтад туслагч Нүрижиб(<https://nip.kdca.go.kr>) цахим хуудаснаас шалгах боломжтой.
  - ※ Өрхийн эмнэлэг нь орон нутгийн нөхцөл байдлаас хамааран тарилга хийх эсэх нь өөр байдаг учир очихоос өмнө лавлах шаардлагатай.

# Бага дунд сургуульд элсэн орогч сурагчийн вакцинд хамрагдсаныг шалгах хөтөлбөр

## 초·중학교 입학생 예방접종 확인사업

### » Бага дунд сургуульд элсэн орогч сурагчийн вакцинд хамрагдсаныг шалгах хөтөлбөр

Олноороо байх бага дунд сургуульд элсэн орж буй хүүхдүүдийн халдварт өвчнөөс урьдчилан сэргийлэхийн тулд вакцинжуулалтад хамрагдсан эсэхийг шалгасны дараа, хамрагдаагүй хүүхдэд сануулж сурагчийн эрүүл мэндийг хамгаалах хөтөлбөр юм.

\* ГХалдварт өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, хяналтын тухай хууль 31-р зүйл(Вакцинжуулалтад хамрагдсан болохыг баталгаажуулах), ГСургуулийн эрүүл мэндийн тухай хууль 10-р зүйл(Вакцинжуулалтад хамрагдсан эсэхийг шалгах)

- **Хамрагдах хүрээ:** Тухайн онд бага, дунд сургуульд элсэн орж буй сурагч
- **Шалгах вакцины төрөл:**
  - **(Бага сургуульд элсэн орох хүүхэд)** 4-6 нас хүрсэн 4 төрлийн вакцин
    - ※ DTapP 5 дахь удаагийн , IPV 4 дэх удаагийн, MMR 2 дахь удаагийн, Японы тархины үрэвсэл сулруулсан вакцин 4 дэх удаагийн ( мөн амьд вакцин 2 дахь удаагийн)
  - **(Дунд сургуульд элсэн орох хүүхэд)** 11 – 12 нас хүрсэн 3 төрлийн вакцин
    - ※ Tdap(эсвэл Td) 6 дахь удаагийн, Японы тархины үрэвсэл (сулруулсан вакцин 5 дахь удаагийн мөн амьд вакцин 2 дахь удаагийн), HPV 1 дэх удаагийн(эмэгтэй сурагчид хамаарна)
- **Хөтөлбөрийн арга:**

Боловсролын яамны бага дунд сургуульд элсэн орогчийн мэдээлэл болон Өвчин эмгэг хяналт удирдлагын ерөнхий газрын урьдчилан сэргийлэх тарилгын мэдээллийг харьцуулан судалж сургууль болон өрхийн эмнэлэгт вакцинд хамрагдсан эсэхийг шалгасны дараа, вакцинд хамрагдаагүй сурагчид хийлгэхэд тусламж дэмжлэг үзүүлнэ.

※ Вакцинжуулалтад туслагч Нүрижиб цахим хуудаснаас вакцинд хамрагдсан болох нь шалгагдаж буй тохиолдолд сургуульд <урьдчилан сэргийлэх тарилгын хуудас> өгөх шаардлагагүй

※ <Вакцин тарилга хориотой сурагч> бол онош(тарилга) гаргасан эмнэлгийн байгууллагаас <Вакцин тарилга хориотой шалтгаан>-ыг цахим бүртгэлд оруулахыг хүснэ. Хэрэв эмнэлгийн байгууллага <Вакцин тарилга хориотой шалтгаан>-ыг цахим бүртгэл хийх боломжгүй тохиолдолд <Вакцин тариа хориотой шалтгаан>-ыг заасан оношилгооны хуудас авч сургуульдаа өгнө.

If the medical institution cannot electronically register a student's <Immunization Contraindications>, the student must receive a medical certificate specifying the <Immunization Contraindications> and submit the same to the school after admission

▶ **Вакцин тарилга хориотой сурагч:**

- Вакцины найрлагад орсон бодис, мөн өмнө хийсэн вакцин тарилгын дараа цочмог харшил(анафилак)с өгсөн тохиолдолд
- Хөхүүл ханиадны вакцин тариулснаас хойш 7 хоногийн дотор ямар нэг шалтгаангүйгээр тархины өвчин зовиур гарсан бол

\* Өндөр халуун, дархлааны глобулин тариулах зэрэг түр зуурын шалтгаантай, өндөгний харшил болон арьсны харшил атопи зэрэг нь вакцин хорих шалтгаан болохгүй.



# 어린이가 건강한 대한민국

ХҮҮХДҮҮД НЬ ЭРҮҮЛ СОЛОНГОС



질병관리청  
Ministry of Health  
Immunitation Agency



예방접종전문위원회  
Special Committee on Immunization

# 표준예방접종일정표 (2024)

Стандарт урьдчилан сэргийлэх тарилгын хуваарь (2024)

대상 감염병 Халдварт өвчин	백신 종류 및 방법 Вакцины төрөл ба арга	Хүс Улаа	Хүсний төрөл ба арга	17 жил 1 сар	2 жил 2 сар	4 жил 4 сар	6 жил 6 сар	12 жил 12 сар	15 жил 15 сар	18 жил 18 сар	24-35 жил 24-35 сар	4 жил 4 нас	6 жил 6 нас	11 жил 11 нас	12 жил 12 нас
B형간염 Элэгний В вирус	Нерв	3	Нерв	1 сар	2 сар	4 сар	6 сар	12 сар							
결핵 Сурьвэ	BCG(цусны агууламж) BCG (intradermal)	1	BCG(цусны агууламж) BCG (intradermal)	1 сар											
디프테리아 Сахуу	DTPaP	5	DTPaP 2x (DTPaP 2 dose/year)												
파상풍 Тагран	Tdap/Td	1	IPV 1x (IPV 1 dose/year)												
폴리오 Саа өвчин	IPV	4	IPV 2x (IPV 2 dose/year)												
B형해모필루스 инфлюэнца	Hib	4	Hib 2x (Hib 2 dose/year)												
Хамфилийн томругийн төрөл b	PCV	4	PCV 2x (PCV 2 dose/year)												
폐렴구균 감염증	PPSV	-	PPSV												
Пневмококкийн халдвар	RV1	2	RV 2x (RV 2 dose/year)												
로타바이러스 감염증	RV5	3	RV 2x (RV 2 dose/year)												
Rotavirus-ын халдвар	MMR	2	MMR 1x (MMR 1 dose/year)												
홍역 Улаанбурхан өвчлөлийн төрөл гахайн хавдвар	VAR	1	VAR 1x (VAR 1 dose/year)												
풍진 Улаан эсрэгэнэ	HerA	2	HerA 1x (HerA 1 dose/year)												
수두 Салхин цэцэг	JEV	5	JEV 1x (JEV 1 dose/year)												
A형간염 Элэгний А вирус	JEV	2	JEV 1x (JEV 1 dose/year)												
일본뇌염	JEV	5	JEV 1x (JEV 1 dose/year)												
일본뇌염	JEV	2	JEV 1x (JEV 1 dose/year)												
사립유두종바이러스 감염증	HPV	2	HPV 1x (HPV 1 dose/year)												
Хүний папилломавирусны халдвар	HPV	2	HPV 1x (HPV 1 dose/year)												
인플루엔자 Томуу	IV	-	IV												

Улсын урьдчилан сэргийлэх тарилга

• **국가예방접종:** 국가에서 권장하는 필수-예방접종(국가)는 '감염병의 예방 및 관리에 관한 법률'을 통해 예방접종 대상 감염병과 예방접종 실시기준 및 방법을 정하고, 이를 근거로 재원을 마련하여 지원하고 있는 Улсын урьдчилан сэргийлэх тарилга: Улсаас санал болгож буй шаардлагатай урьдчилан сэргийлэх тарилга(тус улс нь "Халдварт өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, хянах тухай хууль")-аар дамжуулан вакцинд хамрагдах хүний өвчин, вакцинд хамрагдах хэмжүүр болон аргыг тогтоож, үүнд үндэслэн санхүүг бэлтгэж ханган туслана.

• **기타예방접종:** 예방접종 대상 감염병 및 자정감염병 이외 감염병으로 민간 의료기관에서 접종 가능한 유료 예방접종 Бусад урьдчилан сэргийлэх тарилга: Вакцинжуулалт хамрагдах хүний халдварт өвчин, тогтоогдсон өвчнөөс гадна өөр өвчний улмаас хувийн эмнэлгийн байгууллагат төлбөртэй вакцинд хамрагдана.

• **DTPaP, IPV, Hib** 백신은 예방접종일정표에 따라 DTPaP-IPV/Hib(디프테리아·파상풍·백일해·폴리오) 또는 DTPaP-IPV/Hib(디프테리아·파상풍·백일해·폴리오) 또는 DTPaP-IPV/Hib(사하구, 타گران, хөхүүлэг ханиад, саа өвчин, хэмфилийн томругийн төрөл b) нийлмэл вакцинд хамрагдах боломжтой

베트남어

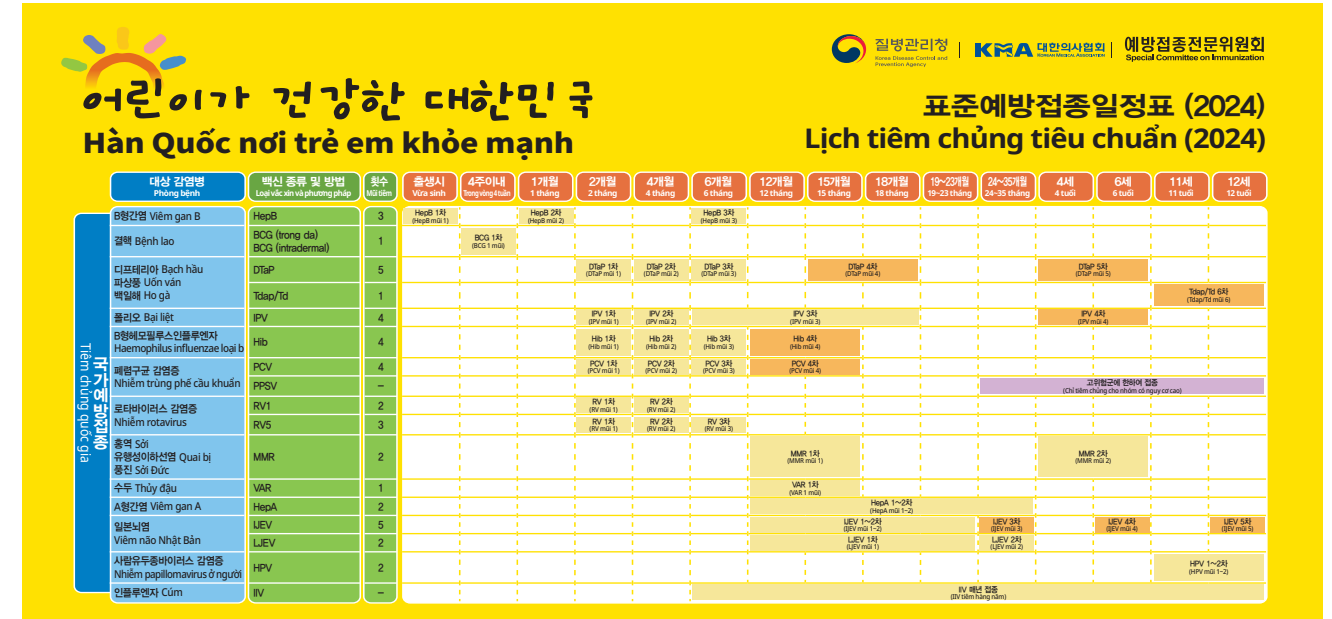
# 어린이 국가예방접종사업 안내

Hướng dẫn dự án tiêm chủng quốc gia cho trẻ em

예방접종은 예방접종 대상 감염병으로부터 아이들을 보호할 수 있는 안전하고 효과적인 방법으로, 어린이 감염병 예방을 위해 국가에서 예방접종비용을 전액 지원하고 있습니다.

Tiêm phòng là cách an toàn và hiệu quả để bảo vệ trẻ em khỏi các bệnh truyền nhiễm cần phải phải tiêm chủng, vì vậy quốc gia đang hỗ trợ toàn bộ chi phí tiêm chủng để ngăn ngừa các bệnh truyền nhiễm ở trẻ em.

## » 국가예방접종 지원백신 Vắc xin được quốc gia hỗ trợ tiêm chủng cho trẻ



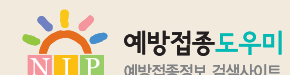
## » 무료 접종 지정 의료기관 Cơ quan y tế được chỉ định tiêm chủng miễn phí

- 지정 의료기관은 예방접종도우미 누리집(<https://nip.kdca.go.kr>)에서 확인할 수 있습니다.
- Có thể kiểm tra cơ quan y tế chỉ định trên trang Hỗ trợ tiêm chủng NIP (<https://nip.cdc.go.kr>).
  - \* 지정 의료기관 방문 전 접종 가능한 백신 종류를 확인하시기 바랍니다.
  - \* Vui lòng kiểm tra chủng loại vắc xin có thể tiêm trước khi đến cơ quan y tế.
  - \* 지정 의료기관 정보는 한국어로 제공됩니다.
  - \* Thông tin của cơ quan y tế chỉ định được hiển thị bằng tiếng Hàn.
- 부득이한 사유로 출생신고가 1개월 이상 지연되었다면 보건소에서 예방접종을 위한 임시관리번호를 발급받으면 무료 접종 가능합니다.
- Nếu việc đăng ký khai sinh chậm hơn một tháng vì những lý do không thể tránh khỏi, có thể lấy số quản lý tiêm chủng tạm thời của trung tâm y tế công cộng để tiêm vắc xin miễn phí.
- 접종기관에서 전산등록한 자녀의 예방접종 기록은 예방접종도우미 누리집에서 확인할 수 있습니다. 예방접종을 완료하지 않은 경우, 가까운 보건소 또는 지정 의료기관을 방문하여 무료접종 받으시기 바랍니다. 만약 예방접종을 완료하였으나 전산등록이 누락된 경우 접종기관에 전산등록을 요청하시기 바랍니다(한국어로만 지원).
- Có thể kiểm tra lịch sử tiêm chủng của trẻ đã được ghi nhận lên hệ thống của cơ quan tiêm chủng trên trang Hỗ trợ tiêm chủng NIP hoặc trên ứng dụng điện thoại. Trường hợp chưa hoàn thành tiêm chủng cho trẻ theo đúng lịch, xin vui lòng đến trạm y tế hoặc cơ quan y tế chỉ định ở gần khu vực và tiêm phòng miễn phí cho trẻ. Nếu đã hoàn thành tiêm chủng cho trẻ theo đúng lịch nhưng lịch sử ghi nhận trên hệ thống bị thiếu sót, xin vui lòng yêu cầu cơ quan tiêm chủng đăng ký lại trên hệ thống (chỉ hỗ trợ tiếng Hàn).
- 더 궁금한 사항은 인터넷 예방접종도우미 누리집 통해 확인하거나 전화로 문의주세요
- Đối với các thắc mắc khác xin vui lòng gọi điện hoặc kiểm tra trên trang Hỗ trợ tiêm chủng NIP hoặc trên ứng dụng điện thoại.

누리집: <https://nip.kdca.go.kr> | 전화번호: 043-719-8398~8399 | 다누리콜센터: 1577-1366  
NIP: <https://nip.cdc.go.kr> | Điện thoại: 043-719-8397-8399 | Tổng đài Danuri: 1577-1366



질병관리청



예방접종도우미  
예방접종정보 검색사이트

# Hướng dẫn quy trình tiêm chủng

(Cho người bảo hộ trong gia đình đa văn hóa)

1. Vui lòng tham khảo 'Phiếu khám sàng lọc' bằng tiếng mẹ đẻ và điền vào Phiếu khám sàng lọc (bằng tiếng Hàn).

## <Chú ý khi viết Phiếu khám sàng lọc>

- Viết tên trẻ bằng tiếng Hàn hoặc tiếng Anh.
- Điền số chứng minh nhân dân (số thẻ người nước ngoài).  
Điền "Mã số quản lý tạm thời" do Trung tâm y tế cấp để tiêm phòng trong trường hợp trẻ chưa có số chứng minh nhân dân (số thẻ người nước ngoài).
- Trường hợp ngày sinh thực tế khác với ngày sinh trên chứng minh nhân dân, hãy viết ngày sinh thực tế vào ô tương ứng.  
※ Lịch tiêm chủng lấy tiêu chuẩn theo ngày sinh thực tế, nếu có sai khác về ngày sinh của trẻ, vui lòng mang theo giấy tờ chứng nhận (Giấy đăng ký khai sinh, v.v.) tới trung tâm y tế gần nhất để thay đổi thông tin ngày sinh theo đúng ngày sinh thực tế.
- Nếu trẻ có các triệu chứng dưới đây, vui lòng tham khảo để ghi theo các triệu chứng sau:

- |            |            |                    |             |             |
|------------|------------|--------------------|-------------|-------------|
| 1. Sốt     | 2. Ho      | 3. Đau họng (sưng) | 4. Đi ngoài | 5. Đau bụng |
| 6. Nôn mửa | 7. Đau đầu | 8. Mệt mỏi         | 9. Khác     |             |

### ■ Lưu ý khi điền vào 'Phiếu khám sàng lọc tiêm chủng'!

- Xác nhận 'Đồng ý hiển thị số điện thoại di động và nhận tin nhắn thông báo.'
- Cho biết ngôn ngữ mong muốn khi nhận tin nhắn.
- Bạn có thể nhận được thông báo qua tin nhắn về 'Mũi tiêm chủng tiếp theo và ngày tiêm' bằng ngôn ngữ mong muốn ngoài tiếng Hàn từ lịch tiêm chủng tiếp theo.
- Khi chọn ngôn ngữ mong muốn, bạn có thể đăng ký thêm số điện thoại di động của người giám hộ khác để nhận thông tin về 'lịch tiêm chủng tiếp theo'.

- Vui lòng chờ trước phòng khám và đợi tới lượt gọi tên trẻ.
- (Trước khi tiêm) Xem lại lịch sử tiêm chủng của trẻ, kiểm tra xem trẻ đã từng tiêm chủng mũi tương tự chưa.  
※ Bác sĩ khám sàng lọc có thể kiểm tra lịch sử tiêm chủng của trẻ trên hệ thống.  
※ Nếu có mang theo giấy chứng nhận tiêm chủng hoặc sổ ghi chép lịch tiêm chủng của trẻ, hãy đưa cho bác sĩ khám sàng lọc xem.
- (Trước khi tiêm) Lắng nghe kỹ bác sĩ khám sàng lọc giải thích về nội dung tư vấn và các phản ứng có hại.  
※ Trường hợp gặp khó khăn trong giao tiếp bằng tiếng Hàn, hãy đề nghị bác sĩ khám trước in 'Bảng hướng dẫn tiêm chủng' bằng tiếng mẹ đẻ và đọc kỹ "Lưu ý và phản ứng lạ sau tiêm phòng".
- (Trong khi tiêm) Để bác sĩ có thể tiêm chủng an toàn, nếu trẻ còn nhỏ, người giám hộ sẽ đặt trẻ lên đùi và dùng một tay ôm lấy phần thân trên của trẻ.
- (Trong khi tiêm) Lắng nghe kỹ lưu ý trước và sau khi tiêm phòng.
- (Sau khi tiêm) Thảo luận với bác sĩ để quyết định ngày tiêm chủng tiếp theo.
- (Sau khi tiêm) Ở lại bệnh viện khoảng 20~30 phút, quan sát kỹ xem trẻ có phản ứng bất thường hay không.
- (Sau khi về nhà) Để ý theo dõi trong ít nhất 3 tiếng xem trẻ có triệu chứng bất thường hay không, trường hợp trẻ bị sốt hoặc có những triệu chứng khác lạ phải đưa trẻ tới gặp bác sĩ để khám chữa kịp thời.

※ Trường hợp cần hỗ trợ phiên dịch khi tiêm chủng, vui lòng gọi Tổng đài Danuri (☎ 1577-1366).

# BẢNG KIỂM TRƯỚC TIÊM CHỦNG

Nhằm tiêm chủng an toàn, quý vị (người đại diện pháp lí, người giám hộ) hãy đọc kỹ câu hỏi dưới đây và điền vào câu trả lời tương ứng.

Họ và tên	Số chứng minh nhân dân	-	( <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ)
Ngày sinh	Số đăng ký người nước ngoài	-	( <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ)
Số điện thoại	(Nhà riêng)	(Di động)	Thể trọng kg

Nội dung đồng ý cung cấp thông tin cá nhân để thực hiện tiêm chủng		Bản thân (Người đại diện pháp lí, người giám hộ) Xác nhận <input checked="" type="checkbox"/>
Theo Điều 32 về 'Luật phòng và quản lí bệnh truyền nhiễm' và Khoản 3 Điều 32 quy định thi hành cùng luật, chúng tôi đang thu thập thông tin cá nhân và thông tin dân sự. ■ Mục đích thu thập- sử dụng thông tin cá nhân: kiểm tra bệnh đã tiêm phòng và lần tiêm phòng tiếp theo, gửi tin nhắn thông báo phản ứng bất thường có thể xảy ra sau tiêm phòng ■ Nội dung thu thập-sử dụng thông tin cá nhân: thông tin cá nhân (thông tin dân sự, số chứng minh nhân dân), số điện thoại (nhà riêng và di động) ■ Thời gian lưu giữ và sử dụng thông tin cá nhân: 5 năm		
Đồng ý về việc kiểm tra trước nội dung tiêm phòng trong hệ thống quản lí tổng hợp tiêm chủng trước khi tiêm phòng * Trường hợp không đồng ý về việc kiểm tra nội dung, có thể phát sinh việc tiêm trùng lặp hoặc tiêm lẫn lộn.		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Đồng ý về việc nhận tin nhắn cung cấp thông tin về bệnh đã tiêm và lần tiêm chủng tiếp theo. * Trường hợp không nhận tin nhắn thì không nhận được thông tin về nội dung không đồng ý.		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Đồng ý nhận tin nhắn bằng điện thoại di động liên quan đến nội dung thông báo phản ứng bất thường có thể xảy ra sau tiêm chủng. * Trường hợp không nhận tin nhắn thì không nhận được thông tin về nội dung không đồng ý.		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Nội dung xác nhận về đối tượng được tiêm chủng		Bản thân (Người đại diện pháp lí, người giám hộ) Xác nhận <input checked="" type="checkbox"/>
Hôm nay, trẻ có triệu chứng bệnh ở đâu không? Nếu có hãy viết triệu chứng: ( )		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Trẻ có triệu chứng dị ứng gây mẩn ngứa với thuốc, thức phẩm (bao gồm cả trứng) hoặc vắc xin không?		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Sau tiêm chủng vắc xin lần trước, trẻ có phản ứng bất thường không? Nếu có thì hãy viết tên loại bệnh tiêm chủng: (Tên loại bệnh tiêm chủng: )		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Trẻ có phải khám hay điều trị bệnh dị tật bẩm sinh, hen và bệnh phổi, bệnh tim, bệnh thận, bệnh gan, tiểu đường hay bệnh nội tiết, bệnh đường máu không? Nếu có thì hãy viết tên bệnh: ( )		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Trẻ có bị co giật hoặc bị bệnh thuộc hệ thần kinh não (hội chứng Guillain-Barre) không?		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Trẻ có bệnh liên quan đến hệ miễn dịch như ung thư, bạch cầu không? Nếu có thì hãy viết tên bệnh: (Tên bệnh: )		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Trong 3 tháng trở lại, trẻ có phải điều trị bệnh bằng chất steroid, thuốc chống ung thư, hóa trị xạ không?		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Trong 1 năm vừa qua, trẻ có phải tiếp máu hoặc truyền globulin miễn dịch không?		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Trong 1 tháng trở lại đây, trẻ có tiêm chủng không? Nếu có thì hãy viết tên loại bệnh tiêm chủng: ( )		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Mẹ bé hiện đang mang thai hoặc có khả năng là sẽ có thai trong tháng sau không?		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Bản thân (Người đại diện pháp lí, người giám hộ) đã được nghe bác sĩ giải thích về kết quả khám và phản ứng bất thường, sẽ thực hiện tiêm chủng.		
Họ tên bản thân (Người đại diện pháp lí, người giám hộ): (Ký) Quan hệ với trẻ em: ( ) * Nếu trẻ chưa đăng kí khai sinh thì viết số chứng minh nhân dân người đại diện pháp lí ( - ) Năm tháng ngày		

Kết quả khám sàng lọc trước tiêm chủng (Mục bác sĩ viết)		Xác nhận <input checked="" type="checkbox"/>
Thân nhiệt: ℃	Đã giải thích về phản ứng bất thường sau tiêm chủng	<input type="checkbox"/>
Đã giải thích rằng 'phải ở lại bệnh viện khoảng 20~30 phút sau khi tiêm chủng để theo dõi xem có phản ứng bất thường không'		<input type="checkbox"/>
Kết quả khám:		
Kết quả khám cho thấy có thể tiêm chủng.		Bác sĩ: (Ký tên)

## 자녀의 예방접종 기록을 확인하세요. Hãy kiểm tra lịch sử tiêm chủng của trẻ.

### ■ Ưu điểm khi lịch sử tiêm chủng được lưu lại trên hệ thống là gì?

1. Tránh được những sai sót về việc tiêm chủng, nhờ đó bạn có thể giảm chi phí và các mũi tiêm thêm không cần thiết.

2. Bạn có thể kiểm tra lịch sử tiêm chủng của trẻ ngay trên trang Hỗ trợ tiêm chủng NIP.

- Sign up at the Immunization Assistance website (<https://nip.kdca.go.kr>) and register your child to view his/her vaccination history
- (Cách đăng ký thông tin trẻ) Đăng nhập trang Hỗ trợ tiêm chủng NIP → [Quản lý tiêm chủng] → [Quản lý tiêm chủng cho trẻ] → [Đăng ký thông tin trẻ]
- (Cách kiểm tra lịch sử tiêm) Vào trang Hỗ trợ tiêm chủng NIP → [Quản lý tiêm chủng] → [Quản lý tiêm chủng cho trẻ] → [Xem lịch sử tiêm chủng]

※ Nếu không kiểm tra được lịch sử tiêm chủng trên trang Hỗ trợ tiêm chủng NIP, hãy yêu cầu cơ quan đã tiêm chủng đăng lên hệ thống.

※ Sổ ghi chép tiêm chủng là công cụ để quản lý lịch sử tiêm chủng hiệu quả cho trẻ, không thể dùng thay thế cho Giấy chứng nhận tiêm chủng.

3. Bạn có thể đăng ký cấp Giấy chứng nhận tiêm chủng miễn phí (tiếng Hàn hoặc tiếng Anh) trên trang web.

- Đăng nhập trang Hỗ trợ tiêm chủng NIP → [Quản lý tiêm phòng] → [Giấy chứng nhận tiêm chủng]

4. Dịch vụ gửi tin nhắn thông báo 'Ngày tiêm chủng tiếp theo' giúp ghi nhớ lịch tiêm chủng của trẻ.

- Chỉ cần đăng ký thông tin số điện thoại của cha mẹ (người bảo hộ) cho cơ quan tiêm chủng, chúng tôi sẽ gửi tin nhắn thông báo ngày tiêm chủng tiếp theo của các mũi tiêm bắt buộc cho bạn.
- Trường hợp muốn nhận tin nhắn đa ngôn ngữ, hãy thông báo ngôn ngữ mong muốn với cơ quan tiêm chủng. Bạn có thể nhận được cùng với tin nhắn bằng tiếng Hàn.

- Khi chọn ngôn ngữ mong muốn, bạn cũng có thể đăng ký số điện thoại di động của người giám hộ khác để cùng nhận thông báo về 'ngày tiêm chủng tiếp theo'.

\* Đa ngôn ngữ (12 loại): Tiếng Nepal, Tiếng Lào, Tiếng Nga, Tiếng Mông Cổ, Tiếng Việt, Tiếng Anh, Tiếng Uzbekistan, Tiếng Nhật, Tiếng Trung, Tiếng Campuchia, Tiếng Thái, Tiếng Philippin

### ■ Khi đã tiêm chủng cho trẻ ở nước ngoài, hãy xin Giấy chứng nhận tiêm chủng tại quốc gia đó trước khi về nước.

Sau khi tiêm chủng ở nước ngoài, trước khi về nước, hãy đăng ký "Giấy chứng nhận tiêm chủng bằng tiếng Anh" hoặc "Hồ sơ có chữ ký/ con dấu của cơ quan tiêm chủng (Official Signature or Stamp)" và mang tới trung tâm y tế gần nhất để xin đăng ký thông tin tiêm chủng lên hệ thống.

Ở nước ta, khi trẻ em nhập học mẫu giáo, tiểu học và trung học cơ sở, yêu cầu phải nộp Giấy chứng nhận tiêm chủng cho trường để xác nhận trẻ đã được tiêm chủng đầy đủ\* nhằm phòng tránh các bệnh truyền nhiễm và bảo vệ sức khỏe cho trẻ nhỏ, học sinh trong các môi trường sinh hoạt tập thể.

Tuy nhiên, không yêu cầu nộp Giấy chứng nhận tiêm chủng cho trường mẫu giáo hay trường học nếu có thể xác nhận thông tin tiêm chủng trên hệ thống Hỗ trợ tiêm chủng NIP.

\* Căn cứ: Điều 31, Bộ luật về phòng tránh và quản lý bệnh truyền nhiễm; Điều 10 Luật y tế trường học; Khoản 3 Điều 31, Luật chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ nhỏ.

## Thông tin về dự án hỗ trợ tiêm chủng quốc gia 국가예방접종 사업안내

### » Dự án hỗ trợ tiêm chủng quốc gia cho trẻ em

Để bảo vệ trẻ em khỏi các bệnh truyền nhiễm thuộc đối tượng tiêm chủng, nhà nước hỗ trợ toàn bộ chi phí tiêm chủng cho các mũi tiêm chủng bắt buộc.

- **Đối tượng hỗ trợ:** Trẻ em dưới 12 tuổi
- ※ Trường hợp thuộc đối tượng hỗ trợ năm nay vui lòng liên hệ Trung tâm y tế hoặc Cơ quan y tế được chỉ định gần nhất.
- **Nội dung hỗ trợ:** Hỗ trợ toàn bộ chi phí tiêm chủng bắt buộc
- **Vắc xin hỗ trợ:** 18 loại

Bệnh lao (BCG, trong da), viêm gan B (HepB), bạch hầu/ uốn ván/ ho gà (DTaP), uốn ván/ bạch hầu (Td), uốn ván/ bạch hầu/ ho gà (Tdap), bại liệt(IPV), bạch hầu/ uốn ván/ ho gà/ bại liệt (DTaP-IPV), bạch hầu/ uốn ván/ ho gà/ bại liệt/ Haemophilus influenzae loại b (DTaP-IPV/Hib), Haemophilus influenzae loại b (Hib), phế cầu khuẩn (PCV), Vi rút Rota (RV), sởi/ quai bị/ rubella (MMR), thủy đậu (VAR), viêm gan A (HepA), Vắc-xin bất hoạt viêm não Nhật Bản (IJEV), Vắc-xin sống giảm độc lực viêm não Nhật Bản (LJEV), Vi rút papilloma ở người (HPV), bệnh cúm (IIV),

※ Độ tuổi hỗ trợ bị giới hạn đối với một số vắc-xin, như BCG tiêm trong da, phế cầu khuẩn haemophilus influenzae b, viêm gan A v.v

- **Cơ quan tiêm chủng:** Cơ sở y tế được chỉ định hoặc Trung tâm y tế gần nhất
- ※ Cơ sở y tế được chỉ định: Có thể kiểm tra tại trang web Hỗ trợ tiêm chủng NIP (<https://nip.kdca.go.kr>)
- ※ Trung tâm y tế có thể không tiến hành khám sàng lọc tùy theo tình hình của từng địa phương, vì vậy vui lòng kiểm tra trước khi đến.

### » Dự án phòng chống lây nhiễm viêm gan B thời kỳ nhiễm trùng sơ sinh

Để ngăn ngừa nhiễm viêm gan B thời kỳ nhiễm trùng sơ sinh của trẻ sơ sinh có mẹ dương tính với viêm gan B, nhà nước hỗ trợ toàn bộ chi phí cho việc tiêm globulin miễn dịch khi sinh, tiêm vắc-xin chống viêm gan B và xét nghiệm kháng nguyên/ kháng thể.

- **Đối tượng hỗ trợ:** Trẻ sơ sinh có mẹ dương tính với kháng nguyên bề mặt viêm gan B (HBsAg) hoặc dương tính với kháng nguyên e (HBeAg)
- Người đồng ý cung cấp kết quả xét nghiệm trước sinh\* và cung cấp thông tin cá nhân trong thời gian người mẹ mang thai

\* Kết quả dương tính với kháng nguyên bề mặt (HBsAg) hoặc kháng nguyên e (HBeAg) của người mẹ khi mang thai hoặc trong vòng 7 ngày sau khi sinh

- **Nội dung hỗ trợ:**
- Hỗ trợ toàn bộ chi phí ① 1 mũi Globulin miễn dịch (khi mới sinh), ② 3 mũi tiêm phòng cơ bản (0, 1, 6 tháng), ③ 1 lần xét nghiệm kháng nguyên/ kháng thể viêm gan B sau khi tiêm phòng cơ bản
- ※ Hỗ trợ thêm chi phí tiêm chủng nhắc lại (tối đa 3 mũi) và xét nghiệm lại (tối đa 2 mũi) theo kết quả xét nghiệm kháng nguyên/ kháng thể lần đầu

- **Cơ quan tiêm chủng:** Cơ sở y tế được chỉ định hoặc Trung tâm y tế gần nhất
- ※ Cơ sở y tế được chỉ định: Có thể kiểm tra tại trang web Hỗ trợ tiêm chủng NIP (<https://nip.kdca.go.kr>)
- ※ Trung tâm y tế có thể không tiến hành khám sàng lọc tùy theo tình hình của từng địa phương, vì vậy vui lòng kiểm tra trước khi đến.

## Dự án hỗ trợ tiêm chủng quốc gia

### 국가예방접종 지원사업

#### » Dự án hỗ trợ tiêm chủng quốc gia các bệnh nhiễm vi rút u nhú ở người (HPV)

Nhà nước hỗ trợ toàn bộ chi phí tiêm vắc xin HPV để ngăn ngừa các bệnh ung thư như ung thư cổ tử cung do nhiễm vi rút u nhú ở người (HPV).

- **Đối tượng hỗ trợ:** Nữ thanh thiếu niên từ 12 -17 tuổi, phụ nữ từ 18-26 tuổi có thu nhập thấp\*
  - \* Người nhận trợ cấp sinh kế cơ bản và đối tượng cận nghèo (dưới 50% mức thu nhập trung bình tiêu chuẩn) dựa theo [Luật an ninh sinh kế cơ bản Quốc gia]
  - ※ Để biết quy định chi tiết về đối tượng hỗ trợ, liên hệ với Trung tâm y tế hoặc cơ sở y tế được chỉ định gần nhất
- **Nội dung hỗ trợ:** Hỗ trợ toàn bộ chi phí tiêm phòng nhiễm vi rút u nhú ở người (HPV)\*
  - \* Hỗ trợ chi phí tiêm chủng theo tiêu chuẩn tiêm 2 mũi nếu độ tuổi tiêm chủng lần đầu dưới 14 tuổi, 3 mũi nếu độ tuổi tiêm chủng lần đầu từ 15 tuổi trở lên, căn cứ vào thời điểm tiêm chủng
  - ※ Đối với thanh thiếu niên nữ từ 12 tuổi trở lên, khi tiêm vắc-xin ngừa HPV sẽ được hỗ trợ thêm tư vấn sức khỏe.
- **Vắc xin hỗ trợ:** Cervarix (HPV2), Gardasil (HPV4)
  - ※ Vắc xin HPV 9 không phải vắc xin được hỗ trợ.
- **Cơ quan tiêm chủng:** Cơ sở y tế được chỉ định hoặc Trung tâm y tế gần nhất
  - ※ Cơ sở y tế được chỉ định: Có thể kiểm tra tại trang web Hỗ trợ tiêm chủng NIP (<https://nip.kdca.go.kr>)
  - ※ Trung tâm y tế có thể không tiến hành khám sàng lọc tùy theo tình hình của từng địa phương, vì vậy vui lòng kiểm tra trước khi đến.

#### » Dự án hỗ trợ tiêm chủng quốc gia phòng bệnh cúm

Để ngăn ngừa lây nhiễm cúm, nhà nước hỗ trợ toàn bộ chi phí tiêm phòng cúm cho trẻ em sinh hoạt tập thể, người già và phụ nữ mang thai có nguy cơ biến chứng cao.

※ Dự án hỗ trợ phòng bệnh cúm là dự án theo mùa, bạn có thể kiểm tra dự án này trên trang web Hỗ trợ tiêm chủng vào khoảng tháng 9 hàng năm.

- **Đối tượng hỗ trợ:** Trẻ em từ 6 tháng đến 13 tuổi, phụ nữ có thai, người già trên 65 tuổi
  - ※ Để biết tiêu chí hỗ trợ chi tiết, vui lòng liên hệ với trung tâm y tế gần nhất hoặc cơ sở y tế được chỉ định.
- **Nội dung hỗ trợ:** 1 mũi vắc xin phòng bệnh cúm/ mỗi mùa
  - ※ 2 mũi đối với những trẻ từ 6 tháng đến 8 tuổi lần đầu tiên tiêm phòng cúm.
- **Cơ quan tiêm chủng:** Cơ sở y tế được chỉ định và trung tâm y tế gần nhất
  - ※ Cơ sở y tế được chỉ định: Có thể kiểm tra tại trang web Hỗ trợ tiêm chủng NIP (<https://nip.kdca.go.kr>)
  - ※ Trung tâm y tế có thể không tiến hành khám sàng lọc tùy theo tình hình của từng địa phương, vì vậy vui lòng kiểm tra trước khi đến.

## Dự án kiểm tra tiêm chủng cho học sinh nhập học Cấp 1, Cấp 2

### 초·중학교 입학생 예방접종 확인사업

#### » Dự án kiểm tra tiêm chủng cho học sinh nhập học Cấp 1, Cấp 2

Đây là dự án nhằm bảo vệ sức khỏe của học sinh bằng cách xác nhận tình trạng hoàn thành tiêm chủng\* và khuyến khích tiêm chủng đối với những trẻ chưa được tiêm chủng nhằm ngăn ngừa các bệnh truyền nhiễm ở học sinh Cấp 1, Cấp 2 khi bắt đầu sinh hoạt tập thể.

\* Điều 31 (Xác nhận hoàn thành tiêm chủng) [Luật phòng ngừa và kiểm soát các bệnh truyền nhiễm], Điều 10 (Xác nhận hoàn thành tiêm chủng) [Luật y tế học đường]

- **Đối tượng:** Tất cả trẻ em nhập học Cấp 1 và Cấp 2
- **Các mũi tiêm chủng cần xác nhận:**
  - **(Cấp 1)** 4 mũi tiêm chủng đối với trẻ 4 ~ 6 tuổi
    - ※ 5 mũi DtaP, 4 mũi IPV, 2 mũi MMR, 4 mũi vắc xin bất hoạt viêm não Nhật Bản (hoặc 2 mũi vắc xin sống giảm độc lực)
  - **(Cấp 2)** 3 mũi tiêm chủng đối với trẻ 11~12 tuổi
    - ※ 6 mũi Tdap (hoặc Td), 5 mũi vắc xin bất hoạt viêm não Nhật Bản (hoặc 2 mũi vắc xin sống giảm độc lực), 1 mũi HPV (đối với học sinh nữ)
- **Phương pháp thực hiện:**

Liên kết thông tin nhập học Cấp 1 và Cấp 2 của Bộ Giáo dục với thông tin tiêm chủng của Cơ quan kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh Hàn Quốc, các trường học và trung tâm y tế công cộng sẽ kiểm tra tình trạng hoàn thành tiêm chủng và khuyến khích những trường hợp chưa hoàn thành thực hiện tiêm chủng

  - ※ Trường hợp lịch sử tiêm chủng đã được xác nhận trên trang web Hỗ trợ tiêm chủng thì không cần phải nộp <Giấy chứng nhận tiêm chủng> cho nhà trường.
  - ※ <Người chống chỉ định tiêm chủng> cần yêu cầu đăng ký trên hệ thống <nguyên nhân chống chỉ định tiêm chủng> tại cơ sở y tế nơi nhận chẩn đoán (tiêm chủng). Trường hợp cơ quan y tế gặp khó khăn trong việc đăng ký <nguyên nhân chống chỉ định tiêm chủng>, phải nhận giấy chẩn đoán có ghi rõ <nguyên nhân chống chỉ định tiêm chủng> và nộp lại cho trường học sau khi nhập học.

If the medical institution cannot electronically register a student's <Immunization Contraindications>, the student must receive a medical certificate specifying the <Immunization Contraindications> and submit the same to the school after admission

#### ▶ Người chống chỉ định tiêm chủng:

- Trường hợp từng phát sinh phản ứng dị ứng nghiêm trọng (sốc phản vệ) với thành phần của vắc xin hoặc sau khi tiêm chủng vắc xin trước đó
- Trường hợp từng phát sinh bệnh não mà không phát hiện ra nguyên nhân nào khác trong vòng 7 ngày sau khi tiêm vắc xin ho gà
  - \* Những lý do tạm thời như sốt cao, sử dụng globulin miễn dịch, dị ứng trứng và viêm da dị ứng không được coi là nguyên nhân chống chỉ định.

표준예방접종일정표 (2024)  
 Lịch tiêm chủng tiêu chuẩn (2024)

대상 감염병 Phong bệnh	백신 종류 및 방법 Loại vắc xin và phương pháp	회수 Mũi tiêm	출생시 Vừa sinh	4주 이내 Trong vòng 4 tuần	1개월 1 tháng	2개월 2 tháng	4개월 4 tháng	6개월 6 tháng	12개월 12 tháng	15개월 15 tháng	18개월 18 tháng	19~23개월 19~23 tháng	24~35개월 24~35 tháng	6세 6 tuổi	11세 11 tuổi	12세 12 tuổi
B형간염 Viêm gan B	HepB	3	HepB 1차 (HepB mũi 1)		HepB 2차 (HepB mũi 2)											
결핵 Bệnh lao	BCG (trong da) BCG (intradermal)	1	BCG 1차 (BCG 1 mũi)													
디프테리아 파상풍 uốn ván 백일해 Ho gà	DTap	5	DTap 1차 (DTap mũi 1)	DTap 2차 (DTap mũi 2)	DTap 3차 (DTap mũi 3)			DTap 4차 (DTap mũi 4)						DTap 5차 (DTap mũi 5)		
폴리오 Bại liệt	IPV	4	IPV 1차 (IPV mũi 1)	IPV 2차 (IPV mũi 2)	IPV 3차 (IPV mũi 3)				IPV 4차 (IPV mũi 4)							Tdap/1차 6차 (Tdap/1a mũi 6)
B형헤르페스인플루엔자 Haemophilus influenzae loại b	Hib	4	Hib 1차 (Hib mũi 1)	Hib 2차 (Hib mũi 2)	Hib 3차 (Hib mũi 3)											
패렴구균 감염증 Nhiễm trùng phế cầu khuẩn	PCV	4	PCV 1차 (PCV mũi 1)	PCV 2차 (PCV mũi 2)	PCV 3차 (PCV mũi 3)											
PPSV	PPSV	-														
로타바이러스 감염증 Nhiễm rotavirus	RV1	2	RV 1차 (RV mũi 1)	RV 2차 (RV mũi 2)												
RV5	RV5	3	RV 1차 (RV mũi 1)	RV 2차 (RV mũi 2)	RV 3차 (RV mũi 3)											
홍역 Sởi	MMR	2							MMR 1차 (MMR mũi 1)							
우형성인플루엔자 Quai bị	VAR	1							VAR 1차 (VAR 1 mũi)							
풍진 Sởi Đức	HepA	2														
수두 Thủy đậu	MMR 2차 (MMR mũi 2)	5														
A형간염 Viêm gan A	MMR 2차 (MMR mũi 2)	2														
일본뇌염 Viêm não Nhật Bản	MMR 2차 (MMR mũi 2)	2														
사립우두풍채이리스 감염증 Nhiễm papillomavirus ở người	HPV	2														HPV 1~2차 (HPV mũi 1-2)
인플루엔자 Cúm	IV	-														IV 매년 접종 (IV tiêm hàng năm)

국가예방접종: 국가에서 권장하는 필수예방접종(국가감염병의 예방 및 관리에 관한 법률)을 통해 예방접종 대상 감염병과 예방접종 실시조 및 방법을 정하고, 이를 근거로 재원을 마련하여 지원하고 있는  
 Tiêm chủng quốc gia: Tiêm chủng bắt buộc theo khuyến cáo của quốc gia, quốc gia thiết lập các tiêu chuẩn và phương pháp tiêm chủng và các bệnh truyền nhiễm phải tiêm chủng thông qua Đạo luật về Phòng ngừa và Quản lý các bệnh Truyền nhiễm, và cung cấp hỗ trợ tài chính dựa trên cơ sở này)

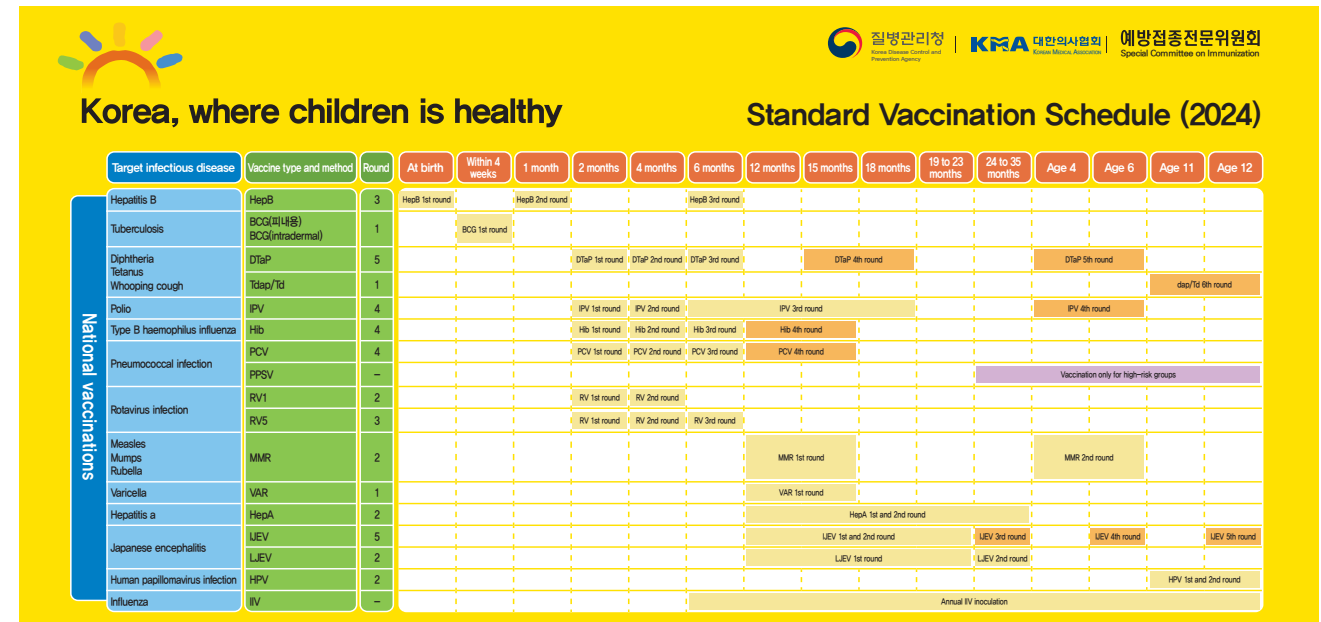
기타(예방접종): 예방접종 대상 감염병 및 지정감염병 이외 감염병으로 민간 의료기관에서 접종 가능한 유료 예방접종  
 Tiêm chủng khác: Các loại vắc xin trả phí có thể được thực hiện tại các cơ sở y tế tư nhân đối với các bệnh truyền nhiễm không phải là những bệnh phải tiêm chủng bắt buộc và các bệnh truyền nhiễm được chỉ định.

DTap, IPV, Hib 백신은 예방접종일정에 따라 DTap-IPV(디프테리아·파상풍·백일해·폴리오·B형헤르페스인플루엔자) 혼합백신으로 접종 가능  
 Vắc xin DTap, IPV và Hib có thể được tiêm dưới dạng vắc xin kết hợp DTap-IPV (bạch hầu, uốn ván, ho gà, bại liệt)

어린이 국가예방접종사업 안내  
 National Immunization Program for Children

예방접종은 예방접종 대상 감염병으로부터 아이들을 보호할 수 있는 안전하고 효과적인 방법으로, 어린이 감염병 예방을 위해 국가에서 예방접종비용을 전액 지원하고 있습니다.  
 Immunization is an effective and safe method to protect children from deadly diseases. The nation is providing a full support of the cost of immunization to prevent children from infectious diseases subject to vaccination.

국가예방접종 지원백신 National Vaccination Supported Vaccines



무료 접종 지정 의료기관 Free vaccination designated medical institution

- 지정 의료기관은 예방접종도우미 누리집(<https://nip.kdca.go.kr>)에서 확인할 수 있습니다.
- Designated medical institutions can be found at the Vaccination Assistance (NIP) website (<https://nip.kdca.go.kr>).
  - \* 지정 의료기관 방문 전 접종 가능한 백신 종류를 확인하시기 바랍니다.
  - \* Please check the type of vaccine available before you visit a designated medical institution.
  - \* 지정 의료기관 정보는 한국어로 제공됩니다.
  - \* Designated medical institution information is provided in Korean.
- 부득이한 사유로 출생신고가 1개월 이상 지연되었다면 보건소에서 예방접종을 위한 임시관리번호를 발급받으면 무료 접종 가능합니다.
- If your birth report is delayed for more than one month due to any inevitable reasons, you can still get a free vaccination if you receive a temporary control number for vaccination at the public health center.
- 접종기관에서 전산등록한 자녀의 예방접종 기록은 예방접종도우미 누리집에서 확인할 수 있습니다. 예방접종을 완료하지 않은 경우, 가까운 보건소 또는 지정 의료기관을 방문하여 무료접종 받으시기 바랍니다. 만약 예방접종을 완료하였으나 전산등록이 누락된 경우 접종기관에 전산등록을 요청하시기 바랍니다(한국어로만 지원).
- Your child's immunization records registered on the system by the vaccination agency can also be found in the Vaccination Assistance website. If you have not completed vaccination, visit your nearest public health center or a designated medical institution for free vaccination. If you have completed the vaccination but are missing a registration, please ask the vaccination agency for registration (Provided in Korean only).
- 더 궁금한 사항은 인터넷 예방접종도우미 누리집 통해 확인하거나 전화로 문의주세요
- If you have further questions, please check through the Internet Vaccination Assistance (NIP) website or please call us.

누리집: <https://nip.kdca.go.kr> | 전화번호: 043-719-8398~8399 | 다누리콜센터: 1577-1366  
 Homepage: <https://nip.kdca.go.kr> | Phone: 043-719-8398~8399 | Danuri Recall Center: 1577-1366

# Guide to Vaccination Procedure (Guardians for Multicultural Families)

1. Please read the 'Vaccination Screening Questionnaire' in your native language and fill out the '(Korean) Vaccination Screening Questionnaire.'

### 〈Instructions for filling out the Vaccination Screening Questionnaire〉

- ① Please state your child's name in Korean or English.
- ② Please state your child's resident registration number (alien registration number).  
If your child does not have a resident registration number (alien registration number), please state the 'Temporary Management Number' issued by the public health center for immunization.
- ③ If your child's date of birth on the Resident Register is different from his/her actual date of birth, please state your child's actual date of birth in the box indicated.  
※ Your child's immunization schedule will be determined base on his/her actual date of birth. If your child's actual date of birth is different from the date stated on the Resident Register, please update the date of birth at a nearby public health center with the necessary documentation (Birth Certificate, etc.).

④ If your child is ill today, please state the symptoms as follows:

- |             |             |                |             |                  |
|-------------|-------------|----------------|-------------|------------------|
| 1. Fever    | 2. Cough    | 3. Sore throat | 4. Diarrhea | 5. Stomache ache |
| 6. Vomiting | 7. Headache | 8. Weakness    | 9. Other    |                  |

- Remember the following when filling out the 'Vaccination Screening Questionnaire!'
  - Make sure to check 'Consent to disclose mobile phone number and receive text messages.'
  - Please state the language you wish to receive information in.
  - You will be provided information on the 'name of next vaccination and vaccination date' in the language selected.
  - When choosing your language, register the mobile phone number of your child's other caregiver to receive 'next vaccination date' information at the given mobile phone number as well.

2. Please wait in front of the examination room until your child's name is called.
3. (Before vaccination) Please check your child's vaccination history to make sure they have not received the same vaccination in the past.  
※ The screening physician may look up your child's past vaccinations through the computer system.  
※ If you have a vaccination certificate or baby log stating your child's vaccination history, please show it to the screening physician.
4. (Before vaccination) Please listen carefully as the screening physician explains the vaccine and possible adverse reactions.  
※ If you have difficulty understanding Korean, please ask the screening physician to print a copy of the 'Vaccine Information Sheet' in your native language. Please read the 'Post-vaccination Precautions and Adverse Reactions' carefully.
5. (During vaccination) If your child is a toddler, please sit him/her on your lap and wrap onr arm around your child's torso to help the physician administer the vaccine safely.
6. (During vaccination) Make sure you are informed of the precautions before and after vaccination before your child is vaccinated.
7. (After vaccination) Consult the screening physician to decide the next vaccination date for your child.
8. (After vaccination) Please remain at the hospital for 20 to 30 minutes and observe your child for any adverse reactions
9. (At home) Please monitor your child carefully for at least 3 hours for symptoms. If your child has a high fever or exhibits any unusual physical symptoms, seek medical attention immediately.  
※ If you require interpretation services for vaccination, please contact the Danuri Call Center (1577-1366).

# Immunization Screening Questionnaire

To ensure safe vaccinations, please read the following questions carefully and mark Patient/Parent or Legal Guardian as appropriate.

Name	Resident Registration Numbers	-	( <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female)
Date of Birth (YYYY.MM.DD)	Foreign Registration Number	-	( <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female)
Telephone	(Home)	(Cell Phone)	Weight kg
Release of Personal Vaccination Information			Patient/ Parent or Legal Guardian <input checked="" type="checkbox"/>
We collect personal information including Foreign Registration Number and Sensitive Information in accordance with the "INFECTIOUS DISEASE CONTROL AND PREVENTION ACT" Article 24, 32 and the "ENFORCEMENT DECREE OF THE INFECTIOUS DISEASE CONTROL AND PREVENTION ACT" Article 32-3. The additional personal information to be collected is as follows: ■ Personal information collection·processing purpose: sending reminder messages regarding upcoming vaccination dates, confirmation messages for received vaccinations, and messages regarding the monitoring of adverse events following immunization. ■ Personal information collection·processing category: personal information(including Foreign Registration Number and Sensitive Information), telephone(home, cell phone) ■ Period of retention and use: 5 years			
I hereby consent to the release of my child's (my) vaccination records through the Immunization Registry Information System (IRIS). * Denying consent could lead to unnecessary vaccinations or cross vaccinations.			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
I hereby consent to receiving reminder messages for upcoming vaccinations and confirmation of received vaccinations. * Denying consent will result in no longer receiving information on upcoming or received vaccinations.			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
I hereby consent to receiving messages for the monitoring of adverse events following immunization. * Denying consent will result in no longer receiving information on adverse events following immunization.			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Pre-Immunization Screening Checklist			Patient/ Parent or Legal Guardian <input checked="" type="checkbox"/>
Are you feeling sick today? If yes, please describe any symptoms. ( )			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you ever experienced an allergic reaction such as urticaria or rash to certain medications, foods (especially eggs), or vaccinations?			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you ever experienced any adverse events following vaccination in the past? If yes, please specify the vaccine. ( )			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you ever been diagnosed with or treated for congenital anomaly, asthma, lung, heart, kidney, or liver problems, metabolic diseases (e.g. diabetes), or blood disorders? If yes, please specify. ( )			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you experienced seizures or other nervous system disorders (e.g. Guillain-Barre syndrome)?			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Do you have cancer, hematologic diseases, or any other immune system problem? If yes, please describe. ( )			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
In the past three months, have you taken cortisone, prednisone, other steroids or anti-cancer drugs, or had radiation treatment?			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
In the past year, have you ever received a blood transfusion or immunoglobulin?			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you received any vaccinations within the past month? If yes, please specify. ( )			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
(For women) Are you pregnant or is there a chance of becoming pregnant within the next month?			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
I hereby confirm that I have been informed of my examination results and of the potential adverse events following immunizations (AEFIs), and hereby agree to receiving vaccination(s).			
Patient or Parent/Legal Guardian: (Name) (Signature) (Relationship to patient) * National Registration Number of legal guardian (if your child's birth has not yet been registered): - Date: (yyyy) (mm) (dd)			
Results of Pre-Vaccination Screening (to be completed by a physician)			Check <input checked="" type="checkbox"/>
Body temperature : °C   I have explained about possible risks of immunization (AEFI)			<input type="checkbox"/>
I have explained that the vaccine recipient should stay at the medical institution for 20~30 minutes for observation.			<input type="checkbox"/>
Results of history-taking :			<input type="checkbox"/>
Based on the patient's history and physical examination, the vaccine recipient is able to receive vaccinations. Physician (Name): (Signature)			

# 자녀의 예방접종 기록을 확인하세요. Please check your child's vaccination history.

## What are the benefits of electronically registering my child's vaccination history?

1. Electronic registration helps prevent vaccination errors, reducing unnecessary extra vaccinations and costs.

2. Your child's vaccination history will be available on the Immunization Assistance website.

- Sign up at the Immunization Assistance website (<https://nip.kdca.go.kr>) and register your child to view his/her vaccination history
  - (Registering your child) Sign in to Immunization Assistance website → [Manage vaccinations] → [Manage my child's vaccinations] → [Register your child's data]
  - (Viewing your child's records) Sign in to Immunization Assistance website → [Manage vaccinations] → [Manage my child's vaccinations] → [View my child's vaccination history]

※ If you cannot see your child's vaccination history on the Immunization Assistance website, please request the medical institution providing vaccination to register your child's history electronically.  
 ※ The 'Vaccination Log' is intended to help caregivers manage the child's vaccination history. The vaccination log cannot be submitted instead of a 'Vaccination Certificate.'

3. 'Vaccination Certificates' may be issued online for free (in Korean or English).

- Sign in to Immunization Assistance website → [Manage vaccinations] → [Electronic services] → [Vaccination certificate]

4. Sign up for text message reminders of your child's next vaccination date.

- Register your mobile phone number (parent, caregiver or legal guardian) with the medical institution providing immunization to receive text message reminders of your child's next vaccination date for mandatory vaccinations.
- If you wish to receive this information in your native language, please inform the medical institution providing immunization. You will receive text message notices in both Korean and your native language.
  - When choosing your language, register the mobile phone number of your child's other caregiver to receive 'next vaccination date' information at that mobile phone number as well.

\* Languages available(12): Nepalese, Lao, Russian, Mongolian, Vietnamese, English, Uzbek, Japanese, Chinese, Khmer, Tagalog

## Please obtain a vaccination certificate if returning to Korea after residing overseas.

If your child has received vaccination in a foreign country, please receive an 'English Vaccination Certificate' or 'Document carrying the official signature or stamp of the medical institution providing vaccination' prior to returning to Korea. Please ask a public health center near you to register the document(s) electronically.

To protect the health of students and children and prevent the spread of infectious disease, the Republic of Korea requires students entering daycare, elementary school or middle school to submit vaccination certificates to ascertain\* that all students have completed mandatory vaccination.

Students with a completed vaccination record on the Immunization Assistance website are not required to submit a (Vaccination Certificate) to their school.

\* Legal grounds: Article 31 of the Infectious Disease Control and Prevention Act, Article 10 of the School Health Act, and Article 31 of the Child Care Act

# National Immunization Program Guide 국가예방접종 사업안내

## National Immunization Program for Children

To protect children from infectious disease, essential vaccinations are provided free of cost.

- **Eligibility:** Children up to 12 years old
  - ※ Contact your nearest public health center or designated medical institution for inquiries on eligibility for free vaccination this year
- **Program details:** Full subsidization of costs for mandatory vaccinations

● **Vaccinations provided:** 18

Tuberculosis (BCG, intradermal), hepatitis B (HepB), diphtheria/tetanus/whooping cough (DTap), tetanus/diphtheria (Td), tetanus/diphtheria/whooping cough (Tdap), polio (IPV), diphtheria/tetanus/whooping cough/polio(DTaP-IPV), diphtheria/tetanus/whooping cough/polio/hemophilus influenzae type B(DTaP-IPV/Hib), hemophilus influenzae type B (Hib), pneumococcal conjugate (PCV), rotavirus (RV), measles/mumps/rubella (MMR), varicella (VAR), hepatitis a (HepA), inactivated Japanese encephalitis vaccine, (IJEV), live-attenuated Japanese encephalitis vaccine (LJEV), human papillomavirus (HPV), influenza (IIV)

※ Age restrictions apply for subsidization for certain vaccines such as intradermal BCG, pneumococcal conjugate, hemophilus influenza type B, and hepatitis A

● **Immunization provider:** Nearby public health center or designated medical institution

- ※ To find a designated medical institutions near you, consult the Immunization Assistance website (<https://nip.kdca.go.kr>)
- ※ Public health centers operated by certain local governments may not offer immunization; please check before visiting

## Hepatitis B perinatal infection prevention program

To prevent hepatitis B perinatal infection in newborns born to hepatitis B-positive mothers, administration of immunoglobulins at birth, vaccination against hepatitis B, and antigen and antibody testing costs are fully subsidized.

- **Eligibility:** Newborns born to hepatitis B surface antigen (HBsAg) positive or e-antigen (HBeAg) positive mothers
  - Mothers having submitted a prenatal test report during pregnancy\* and having given consent to provision of personal information

\* Positive maternal surface antigen (HBsAg) or e antigen (HBeAg) result during pregnancy or within 7 days after delivery

● **Program details:**

- ① Single administration of immunoglobulins at birth,
- ② 3 basic vaccinations (at 0, 1 and 6 months), and
- ③ 1 hepatitis B antigen/antibody test after basic vaccinations

※ Additional subsidization for re-inoculation (up to 3 times) and re-examination (up to 2 times) depending on primary antigen and antibody test results

● **Immunization provider:** Nearby public health center or designated medical institution

- ※ To find a designated medical institutions near you, consult the Immunization Assistance website (<https://nip.kdca.go.kr>)
- ※ Public health centers operated by some local governments may not be able to provide examination; please check before visiting

# National Immunization Support Program

## 국가예방접종 지원사업

### » National Human Papillomavirus (HPV) Immunization Program

The cost of HPV vaccination to prevent cancer such as cervical cancer caused by human papillomavirus (HPV) infection is fully subsidized .

- **Eligibility:** Girls aged 12 to 17, low income\* women aged 18 to 26

\* Basic living security beneficiaries and low-income persons (50% or less of standard median income 50% under the "National Basic Living Security Act")

※ Contact a public health center near you or a designated medical institution for details on eligibility

- **Program details:** Full subsidization of human papillomavirus (HPV) infection vaccination costs\*

\* Subsidization according to vaccination standard: 2 inoculations necessary if age at first inoculation is 14 or less; 3 inoculations necessary if age at first inoculation is 15 or more

※ Health counseling provided together with HPV vaccination for adolescent females age 12 and older

- **Vaccines provided:** Cobarix (HPV2), Gardasil (HPV4)

※ HPV 9 vaccine is not eligible for subsidization

- **Immunization provider:** Nearby public health center or designated medical institution

※ To find a designated medical institutions near you, consult the Immunization Assistance website (<https://nip.kdca.go.kr>)

※ Public health centers operated by some local governments may not be able to provide examination; please check before visiting

### » National Influenza Immunization Program

To prevent influenza infection, influenza vaccination costs for children and senior citizens and pregnant women at high risk of complications are fully subsidized.

※ The influenza immunization program is operated seasonally; please consult the Immunization Assistance website around September of each year for the program schedule.

- **Eligibility:** Children aged 6 months to 13 years, pregnant women, seniors age 65 and older

※ Contact a public health center near you or a designated medical institution for details on eligibility

- **Program details:** 1 influenza vaccination per season

※ 2 vaccinations for eligible persons aged 6 months to 8 years receiving their first influenza vaccination

- **Immunization provider:** Nearby public health center or designated medical institution

※ To find a designated medical institutions near you, consult the Immunization Assistance website (<https://nip.kdca.go.kr>)

※ Public health centers operated by some local governments may not be able to provide examination; please check before visiting

# Immunization Follow-up Program for Students Entering Elementary or Middle School

## 초·중학교 입학생 예방접종 확인사업

### » Immunization Follow-up Program for Students Entering Elementary or Middle School

To prevent the spread of infectious disease at schools, the vaccination records of students entering elementary or middle school are checked\* and unvaccinated students are encouraged to receive vaccination.

\* 「Infectious Disease Control And Prevention Act」 Article 31 (Ascertainment as to Completion of Vaccination), 「School Health Act」 Article 10 (Inspection of Completion of Vaccination)

- **Eligibility:** Students entering elementary or middle school in the current year

- **Required vaccinations:**

– **(Elementary school)** 4 mandatory vaccinations for children aged 4 to 6

※ DTaP 5th round, IPV 4th round, MMR 2nd round, inactivated Japanese encephalitis vaccine 4th round (or live-attenuated vaccine 2nd round)

– **(Middle school)** 3 mandatory vaccinations for children aged 11 to 12

※ Tdap(or TD) 6th round, inactivated Japanese encephalitis vaccine 5th round (or live-attenuated vaccine 2nd round), HPV 1st round (female students)

- **Program details:**

Schools and public health centers use data on new students from the Ministry of Education and vaccination data from the Korea Disease Control and Prevention Agency to confirm vaccination; non-vaccinated students are encouraged to receive vaccination and are provided information on how to receive vaccination

※ Students with a completed vaccination record on the Immunization Assistance website are not required to submit a (Vaccination Certificate) to their school

※ (Persons with Immunization Contraindications) must request the diagnosing medical institution (or medical institution providing vaccination) to electronically register their (Immunization Contraindications)

If the medical institution cannot electronically register a student's (Immunization Contraindications), the student must receive a medical certificate specifying the (Immunization Contraindications) and submit the same to the school after admission

#### ▶ Persons with Immunization Contraindications:

– Persons with severe allergic reaction (anaphylaxis) to the vaccine or having had a severe allergic reaction following the previous inoculation

– Persons having experienced encephalopathy of unknown cause within 7 days of administration of whooping cough vaccine

\* Temporary conditions such as high fever or administration of immunoglobulins, and egg allergy or atopic dermatitis are not immunization contraindications



# Korea, where children is healthy

# Standard Vaccination Schedule (2024)

Target infectious disease	Vaccine type and method	Round	At birth	Within 4 weeks	1 month	2 months	4 months	6 months	12 months	15 months	18 months	19 to 23 months	24 to 35 months	Age 4	Age 6	Age 11	Age 12
Hepatitis B	HepB	3	HepB 1st round	HepB 2nd round	HepB 3rd round												
Tuberculosis	BCG(피내용) BCG(Intradermal)	1	BCG 1st round														
Diphtheria Tetanus Whooping cough	DTap	5	DTap 1st round	DTap 2nd round	DTap 3rd round	DTap 4th round	DTap 5th round	DTap 6th round									
Polio	IPV	4	IPV 1st round	IPV 2nd round	IPV 3rd round	IPV 4th round	IPV 5th round	IPV 6th round									
Type B haemophilus influenza	Hib	4	Hib 1st round	Hib 2nd round	Hib 3rd round	Hib 4th round	Hib 5th round	Hib 6th round									
Pneumococcal infection	PCV	4	PCV 1st round	PCV 2nd round	PCV 3rd round	PCV 4th round	PCV 5th round	PCV 6th round									
Rotavirus infection	PPSV	-															
	RV1	2	RV 1st round	RV 2nd round	RV 3rd round	RV 4th round	RV 5th round	RV 6th round									
	RV5	3	RV 1st round	RV 2nd round	RV 3rd round	RV 4th round	RV 5th round	RV 6th round									
Measles Mumps Rubella	MMR	2							MMR 1st round	MMR 2nd round							
Varicella	VAR	1							VAR 1st round								
Hepatitis a	HepA	2							HepA 1st and 2nd round								
Japanese encephalitis	JEV	5							JEV 1st and 2nd round	JEV 3rd round	JEV 4th round	JEV 5th round	JEV 6th round				
Human papillomavirus infection	HPV	2							HPV 1st round	HPV 2nd round							
Influenza	IV	-															Annual IV inoculation

- National vaccinations: Mandatory vaccination recommended by the state. The state prescribes infectious diseases subject to vaccination, sets standards and methods for vaccination, and provides vaccination funding and subsidization based on the "Infectious Case Control and Prevention Act."
- Other vaccinations: Private medical institutions offer paid vaccinations for infectious diseases other than designated infectious diseases and infectious diseases subject to national vaccination.
- Depending on your DTap, IPV and Hib vaccine schedule, you may receive the DTap-IPV (diphtheria, tetanus, whooping cough and polio) or DTap-IPV/Hib (diphtheria, tetanus, whooping cough, polio and type b hemophilus influenza) vaccine

## National vaccinations

# 어린이 국가예방접종사업 안내 Bolalarni emlash bo'yicha davlat dasturi haqida ma'lumot

예방접종은 예방접종 대상 감염병으로부터 아이들을 보호할 수 있는 안전하고 효과적인 방법으로, 어린이 감염병 예방을 위해 국가에서 예방접종비용을 전액 지원하고 있습니다.  
Emlash bu - emlash zarur yuqumli kasalliklardan bolalarni himoya qiluvchi, xavfsiz va samarali usul sanalib, bolalarni yuqumli kasalliklardan saqlash maqsadida davlat tomonidan emlash xarajatlari to'liqligicha qoplanib kelinmoqda.

## » 국가예방접종 지원백신 Davlat tomonidan qilinadigan emlash uchun vaksinalar



## » 무료 접종 지정 의료기관 Bepul emlash xizmatini ko'rsatadigan tibbiy muassasalar

- 지정 의료기관은 예방접종도우미 누리집(<https://nip.kdca.go.kr>)에서 확인할 수 있습니다.
  - Belgilangan tibbiy muassasalarni emlash bo'yicha yordamchi Nuri markazi (<https://nip.cdc.go.kr>) orqali aniqlash mumkin.
    - \* 지정 의료기관 방문 전 접종 가능한 백신 종류를 확인하시기 바랍니다.
    - \* Belgilangan tibbiy muassasaga tashrif buyurishdan oldin ushbu muassasada o'tkaziladigan emlash turlarini aniqlash lozim.
    - \* 지정 의료기관 정보는 한국어로 제공됩니다.
    - \* Belgilangan tibbiy muassasa to'g'risidagi ma'lumotlar koreys tilida taqdim etiladi.
  - 부득이한 사유로 출생신고가 1개월 이상 지연되었다면 보건소에서 예방접종을 위한 임시관리번호를 발급받으면 무료 접종 가능합니다.
  - Ilojsiz sababga ko'ra tug'ilganlik to'g'risida xabar berish 1oydan ortiq muddatga kechikkan bo'lsa hududiy sog'liqni saqlash bo'limi tomonidan emlash uchun "vaqtinchalik nazorat raqami" berilsa, bepul emlash xizmatidan foydalanish mumkin.
  - 접종기관에서 전산등록한 자녀의 예방접종 기록은 예방접종도우미 누리집에서 확인할 수 있습니다. 예방접종을 완료하지 않은 경우, 가까운 보건소 또는 지정 의료기관을 방문하여 무료접종 받으시기 바랍니다. 만약 예방접종을 완료하였으나 전산등록이 누락된 경우 접종기관에 전산등록을 요청하시기 바랍니다.(한국어로만 지원).
  - Emlash muassasasida elektron ro'yxatdan o'tkazilgan farzandlarining emlanganligi to'g'risidagi qaydlarni emlash bo'yicha yordamchi tashkilot Nuri markazi yoki mobil dasturlar orqali aniqlash mumkin. Emlash to'liqligicha o'tkazilmagan holatda, yaqin atrofdagi joylashgan sog'liqni saqlash bo'limi yoki belgilangan tibbiy muassasaga tashrif buyurib bepul emlashdan o'tish so'raladi. Agar emlashdan to'liq o'tkazilgan bo'lishiga qaramasdan, elektron ro'yxatdan o'tkazilmagan bo'lsa, emlash o'tkazilgan muassasada elektron ro'yxatdan o'tkazishni talab qilishingizni so'raymiz. (Xizmat faqat koreys tilida ko'rsatiladi).
  - 더 궁금한 사항은 인터넷 예방접종도우미 누리집 통해 확인하거나 전화로 문의주세요
  - Qo'shimcha ma'lumot olish uchun Nuri markazining internet sayti va mobil ilovasi yoki qo'ng'iroq qilish orqali murojaat qilish mumkin.
- 누리집: <https://nip.kdca.go.kr> | 전화번호: 043-719-8398~8399 | 다누리콜센터: 1577-1366  
Nuri markazi: <https://nip.cdc.go.kr> | TEL: 043-719-8397~8399 | Danuri yordam markazi: 1577-1366

# Emlash muolajasi bo'yicha qo'llanma

(Multi madaniyatli oila vakili uchun)

1. Iltimos, o'z ona tilingizda "Vaksinatsiya skriningi bo'yicha so'rovnoma"ni o'qing va "(Koreys tilida) Vaksinatsiya skriningi bo'yicha so'rovnoma"ni to'ldiring.

## 〈Vaksinatsiya skrining so'rovnomasini to'ldirish bo'yicha ko'rsatmalar〉

- ① Farzandingiz ismini koreys yoki ingliz tillaridan birida ko'rsating.
- ② Farzandingizning rezidentlikka olish raqamini (chet ellikni ro'yxatga olish raqamini) ko'rsating.  
Agarda farzandingizda rezidentlikka olish raqami (chet ellikni ro'yxatga olish raqami) bo'lmasa, emlash uchun sog'liqni saqlash markazi tomonidan berilgan "Vaqtinchalik boshqaruv raqami"ni ko'rsating.
- ③ Agar farzandingizning Rezident reestrtdagi tug'ilgan kuni uning haqiqiy tug'ilgan kunidan farq qilsa, iltimos, ko'rsatilgan katakchaga farzandingizning haqiqiy tug'ilgan kunini ko'rsating.  
※ Farzandingizning emlash grafigi uning haqiqiy tug'ilgan sanasiga qarab belgilanadi. Farzandingizning haqiqiy tug'ilgan sanasi Rezident reestrtda ko'rsatilgan sanadan farq qilsa, iltimos, yaqin atrofdagi davlat sog'liqni saqlash markazida tug'ilgan sanani kerakli hujjatlar (Tug'ilganlik haqidagi guvohnoma va boshqalar) bilan yangilang.
- ④ Farzandingiz bugun kasal bo'lsa, quyidagi alomatlarining qay biri mavjudligini ko'rsating:

- |                         |                  |                     |            |                     |
|-------------------------|------------------|---------------------|------------|---------------------|
| 1. Isitma               | 2. Yo'tal        | 3. Tomoqdagi og'riq | 4. Diareya | 5. Qorindagi og'riq |
| 6. Qusish (qayt qilish) | 7. Bosh og'rig'i | 8. Holsizlik        | 9. Boshqa  |                     |

- "Vaksinatsiya skriningi bo'yicha so'rovnoma"ni to'ldirishda quyidagilarni yodda saqlang!
  - "Mobil telefon raqamini oshkor qilish va matnli xabarlarini olishga rozilik berish" bandiga belgi qo'yganingizga ishonch hosil qiling.
  - Iltimos, ma'lumotni qaysi tilda olishni istashingizni ko'rsating.
  - Sizga "keyingi emlash nomi va emlash sanasi" haqida ma'lumot siz tanlangan tilda taqdim etiladi.
  - Tilni tanlash paytida farzandingizning boshqa vasiysining (tarbiyachisining) mobil telefon raqamini ro'yxatdan o'tkazing va shunda "keyingi emlash sanasi" haqidagi ma'lumot ko'rsatilgan mobil telefon raqamiga ham yuboriladi.

2. Iltimos, farzandingizning ismi chaqirilguncha imtihon xonasi oldida kuting.
3. (Emlashdan oldin) Iltimos, farzandingizning emlash tarixini tekshirib ko'ring, ular o'tmishda bir xil emlashni olmaganligiga ishonch hosil qiling.  
※ Skrining shifokori kompyuter tizimi orqali farzandingizning oldingi emlashlarini tekshirishi mumkin.  
※ Farzandingizning emlash tarixini ko'rsatadigan emlash sertifikatini yoki chaqaloq jumali bo'lsa, uni skrining shifokoriga ko'rsating.
4. (Emlashdan oldin) Iltimos, diqqat bilan tinglang, chunki skrining shifokori vaktsina va yuzaga kelishi mumkin bo'lgan nojo'ya reaksiyalar haqida tushuntiradi.  
※ Agar siz koreys tilini tushinishda qiyalayotgan bo'lsangiz, skrining shifokoridan "Vaksinalar haqida ma'lumot varagi" nusxasini ona tilingizda chop etishini so'rang. Iltimos, "Vaksinatsiyadan keyingi ehtiyot choralar va salbiy reaksiyalar" bo'limini diqqat bilan o'qing.
5. (Vaksinatsiya paytida) Agar bolangiz hali chaqaloq bo'lsa, shifokorga vaktsinani xavfsiz emlashiga yordam berish uchun uni tizangizga o'tirg'izing va bolangiz tanasidan qo'lingiz bilan o'rab olib ushlang.
6. (Vaksinatsiya paytida) Farzandingizni emlashdan oldin emlashgacha va emlashdan keying ehtiyot choralar haqida xabardor bo'lganizga ishonch hosil qiling.
7. (Emlashdan keyin) Farzandingiz uchun keyingi emlash sanasini aniqlash uchun skrining shifokori bilan maslahatlashing.
8. (Emlashdan keyin) Iltimos, kasaxonada 20-30 daqiqa qoling va bolangizni har qanday nojo'ya reaksiyalar mavjud yoki mavjud emasligini kuzating.
9. (Uyda) Iltimos, bolangizni har qanday alomatlar bo'yicha kamida 3 soat davomida diqqat bilan kuzatib boring. Farzandingiz yuqori isitma qilayotgan bo'lsa yoki gayrioddiy jismoniy alomatlarini ko'rsatsa, darhol shifokorga murojaat qiling.  
※ Agar siz emlash borasida tarjimon xizmatlariga muhtoj bo'lsangiz, iltimos, Danuri Call Center (1577-1366) bilan bog'laning.

# Emlash bo'yicha tashxis varaqasi

Xavfsiz emlash uchun quyidagi savollarni diqqat bilan o'qib ko'rib, o'zingiz (qonuniy vakil, vasiy) tasdiqlash katagiga belgilashingizni so'raymiz.

Ism-familiya	Fuqarolik ID kartasi raqami	-	( <input type="checkbox"/> Erkak <input type="checkbox"/> Ayol)
Haqiqiy tug'ilgan vaqti	Chet ellik ID kartasi raqami	-	( <input type="checkbox"/> Erkak <input type="checkbox"/> Ayol)
Telefon raqami	(Uy) (Mobil telefon raqami)	Vazni	kg

## Emlash uchun kerak bo'ladigan shaxsiy ma'lumotlardan foydalanish to'g'risidagi shaxsning roziligi

Emlanuvchi (qonuniy vakil,vasiy) Tasdiqlandi

"Yuqumli kasalliklarning oldini olish va nazorat qilish to'g'risidagi" qonunning 32-moddasi va ushbu qonunni amalga oshirish Qoidalarini 32-moddasi 3-bandiga ko'ra fuqarolik ID kartasi raqami kabi shaxsiy ma'lumotlar yig'iladi. Qo'shimcha sifatida yig'iladiganlar quyidagilarni tashkil qiladi.

- Shaxsiy ma'lumotlarni yig'ish va ularidan foydalanish maqsadi: Majburiy emlashning keyingi bosqichi va tugallanganligi, emlashdan so'ng nojo'ya ta'sir to'g'risida xabar jo'natish
- Shaxsiy ma'lumotlarni yig'ish va foydalanish bandlari : (Fuqarolik ID kartasi raqami), telefon raqami (uy/mobil)
- Shaxsiy ma'lumotlarni saqlash va foydalanish muddati : 5yil

Emlash qilinishidan oldin emlashni nazorat qilish tizimi orqali oldindan emlanuvchining emlanish tarixi haqidagi ma'lumotni aniqlanishiga roziman.  Ha  Yo'q  
\* Emlanish tarixi haqidagi ma'lumotni oldindan aniqlanishiga rozilik berilmagan holatda, keraksiz qo'shimcha emlash o'tkazilishi mumkin.

Navbatdagi majburiy emlash va emlashning to'liq qilinganligi haqidagi ma'lumotni mobil telefon orqali xabar jo'natilishiga roziman.  Ha  Yo'q  
\* Xabar qabul qilinishiga rozilik berilmagan holatda, rozilik berilmagan holatlar haqidagi xabarni qabul qilish imkoniyati mavjud emas.

Emlash o'tkazilganidan so'ng nojo'ya ta'sirlar haqidagi xabarni mobil telefon orqali qabul qilishga roziman.  Ha  Yo'q  
\* Telefon orqali xabar qabul qilishga rozi bo'lmaganda, rozilik berilmagan holatlar haqidagi xabarni qabul qilish imkoniyati mavjud emas.

## Emlanuvchi shaxs haqidagi ma'lumot

Emlanuvchi (qonuniy vakil,vasiy) Tasdiqlandi

Bugun qayeringiz og'riyapti? Og'riq belgilari haqida yozing. ( )  Ha  Yo'q

Dori,ovqat (tuxum ham) yoki emlashdan so'ng teringizda toshma yoki allergik simptomlar kuzatilganmi?  Ha  Yo'q

Ilgari emlashdan so'ng nojo'ya ta'sirlar kuzatilganmi? Bo'lgan bo'lsa emlash turini yozing. (Emlash turi : )  Ha  Yo'q

Tug'ma nogiron, astma va o'pka, yurak, buyrak, jigar kasalliklari, diabet, endokrinologik kasalliklar, qon-tomir kasalliklariga qarshi ilgari davolanmangiz? Davolanmagan bo'lsangiz ushbu kasallikning nomini yozing. ( )  Ha  Yo'q

Spazm asoratlari yoki asab tizimi(Giyena-Barre sindromi)kasalliklariga chalinganmisiz?  Ha  Yo'q

Saraton, leykemiya, immunitet tizimi bilan bog'liq kasalliklarga chalinganmisiz? Chalingan bo'lsangiz kasallik nomini yozing. (Kasallik nomi : )  Ha  Yo'q

Oxirgi 3oy ichida steroid, saratonga qarshi dorilar, nur terapiya orqali davolanmangiz?  Ha  Yo'q

Oxirgi 1yil ichida transfuziya yoki immunoglobulin kabilardan qabul qilganmisiz?  Ha  Yo'q

Oxirgi 1oy ichida emlash olganmisiz? Olgan bo'lsangiz emlash turini yozing. (Emlash turi : )  Ha  Yo'q

(Ayollar uchun) Hozirda homiladomisiz yoki keyingi 1oy ichida homilador bo'lish ehtimoli mavjudmi?  Ha  Yo'q

Emlanuvchi(qonuniy vakil, vasiy) ism-familiyasi : (Imzo) Emlanuvchi bilan bog'liqligi :  
\* (Emlanuvchi yangi tug'ilgan chaqaloq bo'lgan holatda qonuniy vakilning fuqarolik ID kartasi raqami - )  
yil oy kun

## Shifokorning tashxis xulosasi (Shifokor tomonidan to'ldiriladi)

Tasdiqlash

Tana harorati : °C Emlashdan kuzatiladigan nojo'ya ta'sirlar haqida tushuntirdim.

Nojo'ya ta'sirlarni kuzatish maqsadida emlashdan so'ng 20-30daqqa davomida emlash muassasasida kutib turish kerakligini tushuntirdim.

Shifokor so'rovnomasining natijasi :

Yuqoridagi so'rovnoma va tashxis xulosasiga ko'ra emlash mumkin. Shifokor ism-familiyasi : (Imzo)

## 자녀의 예방접종 기록을 확인하세요. Iltimos, farzandingizning emlash tarixini tekshiring.

### Farzandimning emlash tarixini elektron ro'yxatdan o'tkazishning qanday afzalliklari bor?

1. Elektron ro'yxatga olish emlash xatolarining oldini olishga yordam beradi, keraksiz qo'shimcha emlashlar va xarajatlarni kamaytiradi.

2. Farzandingizning emlash tarixini Immunizatsiyaga ko'maklashish veb-saytidan (the Immunization Assistance website) bilib olishingiz mumkin.

○ Immunizatsiyaga ko'maklashish veb-saytida (<https://nip.kdca.go.kr>) ro'yxatdan o'ting va uning emlash tarixini ko'rish uchun bolangizni ro'yxatdan o'tkazing.

– (Farzandingizni ro'yxatdan o'tkazish) Immunizatsiyaga ko'maklashish veb-saytiga kiring → [Emlashlarni boshqarish] → [Farzandimning emlashlarini boshqarish] → [Farzandingiz ma'lumotlarini ro'yxatdan o'tkazish]

– (Farzandingizning qaydlarini ko'rish) Immunizatsiyaga ko'maklashish veb-saytiga kiring → [Emlashlarni boshqarish] → [Farzandimning emlashlarini boshqarish] → [Farzandimning emlash tarixini ko'rish]

※ Agar siz Immunizatsiyaga ko'maklashish veb-saytida farzandingizning emlash tarixini ko'ra olmasangiz, emlashni ta'minlovchi tibbiy muassasadan farzandingiz tarixini elektron shaklda ro'yxatdan o'tkazishni so'rang.

※ "Emlash jurnali" vasiylarga (tarbiyachilarga) bolaning emlash tarixini boshqarishda yordam berish uchun mo'ljallangan. Emlash jurnalini "Emlash sertifikatini" o'miga topshirib bo'lmaydi.

3. "Emlash sertifikatini" (koreys yoki ingliz tilida) onlayn tarzda bepul berilishi mumkin.

○ Immunizatsiyaga ko'maklashish veb-saytiga kiring → [Emlashlarni boshqarish] → [Elektron xizmatlar] → [Emlash sertifikatini]

4. Farzandingizning keyingi emlash sanasi haqidagi SMS (matnli) eslatmalariga yoziling.

○ Majburiy emlashlar uchun farzandingizning keyingi emlash sanasi haqida SMS xabarlarini olish uchun (ota-ona, vasiy yoki qonuniy homiyni) mobil telefon raqamingizni emlashni ta'minlovchi tibbiy muassasada ro'yxatdan o'tkazing.

○ Agar siz ushbu ma'lumotni ona tilingizda olishni istasangiz, emlashni amalga oshiruvchi tibbiy muassasaga xabar bering. Siz matnli SMS xabarlarini ham koreys tilida, ham ona tilingizda olasiz.

– Tilni tanlashda farzandingizning boshqa vasiyining (tarbiyachisining) mobil telefon raqamini ro'yxatdan o'tkazing va shu mobil telefon raqamiga "keyingi emlash sanasi" haqidagi ma'lumotni ham oling.

\* Foydalanish mumkin bo'lgan tillar(12): Nepal, laos, rus, mo'g'li, vietnam, ingliz, o'zbek, yapon, xitoy, kxmer, tagalog

### Agar chet elda yashab Koreyaga qaytsangiz, iltimos, emlash sertifikatini oling.

Farzandingiz xorijiy davlatda emlangan bo'lsa, Koreyaga qaytishdan oldin "Inglizcha emlash sertifikatini" yoki "Emlashni ta'minlovchi tibbiy muassasaning rasmiy imzosi yoki muhri bo'lgan hujjat"ni oling. Hujjat(lar)ni elektron ko'rinishda ro'yxatdan o'tkazish uchun yaqin atrofdagi sog'liqni saqlash markaziga murojaat qiling.

Talabalar va bolalar salomatligini himoya qilish va yuqumli kasalliklar tarqalishining oldini olish uchun Koreya Respublikasi bolalar bog'chasi, boshlang'ich maktab yoki o'rta ta'lim maktabga kiradigan o'quvchilardan barcha o'quvchilar majburiy emlashdan to'liq o'tganligini aniqlash uchun emlash sertifikatlarini taqdim etishlarini talab qiladi.

Immunizatsiyaga ko'maklashish veb-saytida to'liq emlash qaydi mavjud bo'lgan o'quvchilar o'z maktabiga (Emlash sertifikatini) taqdim etishlari shart emas.

\* Qonuniy asoslar: "Yuqumli kasalliklarni nazorat qilish va oldini olish to'g'risida"gi qonunning 31-moddasi, "Maktabda sog'liqni saqlash to'g'risida"gi qonunning 10-moddasi va "Bolalarni parvarish qilish to'g'risida"gi qonunning 31-moddasi.

## Milliy immunizatsiya dasturi bo'yicha qo'llanma 국가예방접종 사업안내

### ▶ Bolalar uchun Immunizatsiya milliy dasturi

Bolalarni yuqumli kasalliklardan himoya qilish uchun zaruriy emlashlar bepul taqdim etiladi.

● Muvofiqlik (ishtirok etish uchun huquqi bor shaxs): 12 yoshgacha bo'lgan bolalar

※ Joriy yilda bepul emlashda ishtirok etish huquqini bilish uchun eng yaqin davlat sog'liqni saqlash markaziga yoki belgilangan tibbiy muassasaga murojaat qiling.

● Dastur tafsilotlari: Majburiy emlashlar uchun xarajatlarni subsidiyalash orqali to'liq qoplash

● Taqdim etiladigan emlashlar soni: 18

Sil (BCG, teriosti), gepatit B (HepB), differiya/qoqshol/ko'k yo'tal (DTap), qoqshol/differiya (Td), qoqshol/differiya/ko'k yo'tal (Tdap), poliomielit (IPV), differiya/qoqshol/ko'k yo'tal/poliomielit(DTaP-IPV), differiya/qoqshol/ko'k yo'tal/poliomielit/gemofil grippi B tipi (DTaP-IPV/Hib), gemofil grippi B tipi (Hib), pnevmokokk konyugati (PCV), ritavirus (RV), qizamiq/parotit/qizilcha (MMR), suvchechak (VAR), gepatit a (HepA), inaktivatsiyalangan yapon ensefaliti vaktsinasi (JJEV), jonli zailashirilgan yapon ensefaliti vaktsinasi (LJEV), inson papillomavirusi (HPV), gripp (IIV)

※ Teriosti BCG, pnevmokokk konyugati, gemofil grippi B tipi va gepatit A kabi ayrim vaktsinalarni subsidiyalash uchun yosh cheklovlari qo'llaniladi.

● Emlashni taqdim etuvchi tashkilot: Yaqin atrofdagi sog'liqni saqlash markazi yoki belgilangan tibbiy muassasa

※ Sizga yaqin bo'lgan maxsus tibbiy muassasalarni topish uchun Immunizatsiyaga ko'maklashish veb-saytiga (<https://nip.kdca.go.kr>) murojaat qiling

※ Ayrim mahalliy hokimliklar tomonidan boshqariladigan sog'liqni saqlash markazlari emlash xizmatlarini taklif qilmasligi mumkin; shuning uchun tashrif buyurishdan oldin tekshirib ko'ring

### ▶ Hepatit B perinatal infeksiyasining oldini olish dasturi

Gepatit B-musbat onalardan tug'ilgan yangi tug'ilgan chaqaloqlarda gepatit B perinatal infeksiyasining oldini olish uchun tug'ilishda immunoglobulinlar yuborish, gepatit B ga qarshi emlash, antigen va antikorlarni tekshirish xarajatlari to'liq qoplanadi.

● Muvofiqlik (ishtirok etish uchun huquqi bor shaxs): gepatit B sirt antigeni (HBsAg) musbat yoki e antigen (HBeAg) musbat onadan tug'ilgan yangi tug'ilgan chaqaloqlar.

– Homiladorlik davrida\* prenatal test hisobotini taqdim etgan va shaxsiy ma'lumotlarni taqdim etishga rozilik bergan onalar

\* Homiladorlik paytida yoki tug'ilgandan keyin 7 kun ichida ona sirt antigeni (HBsAg) yoki e antigen (HBeAg)ning musbat natijasi

● Dastur tafsilotlari:

① Tug'ilganda immunoglobulinlarni bir marta yuborish, ② 3 ta asosiy emlash (0, 1 va 6 oylikda) va ③ 1 ta asosiy emlashlardan keyin gepatit B antigen/antitelo(aksitana) testi

※ Birlamchi antigen va antitelolarni (aksitanalarni) tekshirish natijalariga qarab qayta emlash (3 martagacha) va qayta tekshirish (2 martagacha) maqsadida qo'shimcha subsidiya

● Emlashni taqdim etuvchi tashkilot: Yaqin atrofdagi sog'liqni saqlash markazi yoki belgilangan tibbiy muassasa

※ Sizga yaqin bo'lgan maxsus tibbiy muassasalarni topish uchun Immunizatsiyaga ko'maklashish veb-saytiga (<https://nip.kdca.go.kr>) murojaat qiling

※ Ayrim mahalliy hokimiyat organlari tomonidan boshqariladigan davlat sog'liqni saqlash markazlari tekshiruv o'tkaza olmasligi mumkin; tashrif buyurishdan oldin tekshirib ko'ring

## Davlat emlash dasturi

### 국가예방접종 지원사업

#### » Milliy inson papillomavirusi (HPV) emlash dasturi

Inson papillomavirusi (HPV) infeksiyasidan kelib chiqadigan bachadon bo'yni saratoni kabi saratonning oldini olish uchun HPVga qarshi emlash xarajatlari to'liq subsidiyalangan.

- **Muvofiqlik (ishtirok etish uchun huquqi bor shaxs):** 12 yoshdan 17 yoshgacha bo'lgan qizlar, 18 yoshdan 26 yoshgacha bo'lgan kam ta'minlangan\* ayollar

\* Bazaviy yashash ta'minoti benefitsiarlari va kam ta'minlangan shaxslar ("Tirik xavfsizligi to'g'risidagi asosiy qonun" bo'yicha standart o'rtacha daromadning 50% yoki undan kam)

※ Muvofiqlik haqida batafsil ma'lumot olish uchun sizga yaqin bo'lgan sog'liqni saqlash markaziga yoki belgilangan tibbiy muassasaga murojaat qiling

- **Dastur tafsilotlari:** Inson papillomavirusi (HPV) infeksiyasiga qarshi emlash xarajatlari to'liq subsidiyalash\*

\* Emlash standart bo'yicha subsidiya: agar birinchi emlash yoshi 14 yoki undan kam bo'lsa, 2 ta emlash kerak; Agar birinchi emlash yoshi 15 va undan ortiq bo'lsa, 3 ta emlash zarur

※ 12 va undan yuqori yoshdagi o'smir ayollar uchun HPV vaktsinasi bilan birgalikda sog'liqni saqlash bo'yicha maslahatlar beriladi

- **Taqdim etiladigan vaktsinalar:** Cobarix (HPV2), Gardasil (HPV4)

※ HPV 9 vaktsinasi subsidiyalash uchun mos kelmaydi (HPV 9 vaktsinasi xarajatlari qoplanmaydi)

- **Emlashni taqdim etuvchi tashkilot:** Yaqin atrofdagi sog'liqni saqlash markazi yoki belgilangan tibbiy muassasa

※ Sizga yaqin bo'lgan maxsus tibbiy muassasalarni topish uchun Immunizatsiyaga ko'maklashish veb-saytiga (<https://nip.kdca.go.kr>) murojaat qiling

※ Ayrim mahalliy hokimiyat organlari tomonidan boshqariladigan davlat sog'liqni saqlash markazlari tekshiruv o'tkaza olmasligi mumkin; tashrif buyurishdan oldin tekshirib ko'ring

#### » Grippga qarshi milliy emlash dasturi

Gripp infeksiyasining oldini olish uchun bolalar, keksa fuqarolar va asorattar xavfi yuqori bo'lgan homilador ayollar uchun grippga qarshi emlash xarajatlari to'liq qoplanadi.

※ Grippga qarshi emlash dasturi mavsumiy ravishda amalga oshiriladi; Iltimos, dastur jadvali uchun har yili sentyabr oyi atrofida Immunizatsiyaga ko'maklashish veb-saytiga murojaat qiling.

- **Muvofiqlik (ishtirok etish uchun huquqi bor shaxs):** 6 oylikdan 13 yoshgacha bo'lgan bolalar, homilador ayollar, 65 va undan katta yoshdagi qariyalar

※ Muvofiqlik haqida batafsil ma'lumot olish uchun sizga yaqin bo'lgan sog'liqni saqlash markaziga yoki belgilangan tibbiy muassasaga murojaat qiling

- **Dastur tafsilotlari:** har mavsumda 1 marta grippga qarshi emlash

※ Grippga qarshi birinchi emlashni olgan 6 oylikdan 8 yoshgacha bo'lgan tegishli shaxslar uchun 2 ta emlash

- **Emlashni taqdim etuvchi tashkilot:** Yaqin atrofdagi sog'liqni saqlash markazi yoki belgilangan tibbiy muassasa

※ Sizga yaqin bo'lgan maxsus tibbiy muassasani topish uchun Immunizatsiyaga ko'maklashish veb-saytiga murojaat qiling (<https://nip.kdca.go.kr>)

※ Ayrim mahalliy hokimiyat organlari tomonidan boshqariladigan davlat sog'liqni saqlash markazlari tekshiruv o'tkaza olmasligi mumkin; tashrif buyurishdan oldin tekshirib ko'ring

## Boshlang'ich yoki o'rta ta'lim maktabga kiradigan o'quvchilar uchun Immunizatsiyani kuzatib borish dasturi

### 초·중학교 입학생 예방접종 확인사업

#### » Boshlang'ich yoki o'rta ta'lim maktabga kiradigan o'quvchilar uchun Immunizatsiyani kuzatib borish dasturi

Maktablarda yuqumli kasalliklar tarqalishining oldini olish uchun boshlang'ich yoki o'rta ta'lim maktabga kiradigan o'quvchilarning emlash daftarlari tekshiriladi\* va emlanmagan o'quvchilar emlashga rag'batlantiriladi.

\* [Yuqumli kasalliklarni nazorat qilish va oldini olish to'g'risidagi qonun] 31-moddada (Emlashning tugallanganligini aniqlash), [Maktabda sog'liqni saqlash to'g'risidagi qonun] 10-moddada (Emlashni to'liqligini tekshirish)

- **Muvofiqlik (ishtirok etish uchun huquqi bor shaxs):** Joriy yilda boshlang'ich yoki o'rta ta'lim maktabga kiradigan o'quvchilar

- **Majburiy emlashlar:**

– (Boshlang'ich maktab) 4 yoshdan 6 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun 4 ta majburiy emlash

※ DTaP 5-chi raund, IPV 4-chi raund, MMR 2-chi raund, inaktivatsiyalangan yapon ensefalitiga qarshi vaktsina 4-chi raund (yoki jonli zaiflashtirilgan vaktsina 2-raund)

– (O'rta ta'lim maktab) 11 yoshdan 12 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun 3 ta majburiy emlash

※ Tdap (yoki TD) 6-chi raund, inaktivatsiyalangan yapon ensefalitiga qarshi vaktsina 5-chi raund (yoki jonli zaiflashtirilgan vaktsina 2-chi raund), HPV 1-chi raund (o'quvchi qizlar)

- **Dastur tafsilotlari:**

Maktablar va sog'liqni saqlash markazlari emlashni tasdiqlash uchun Ta'lim vazirligining yangi talabalari va Koreya Kasalliklarni nazorat qilish va oldini olish agentligining emlash ma'lumotlaridan foydalanadi; emlanmagan talabalar emlashni amalga oshirishga rag'batlantiriladi va emlashni qanday olish kerakligi haqida ma'lumot beriladi.

※ Immunizatsiyaga ko'maklashish veb-saytida to'liq emlash qaydi bo'lgan talabalar o'z maktabiga (Vaksinatsiya sertifikat)ni topshirishlari shart emas.

※ (Immunizatsiyaga qarshi ko'rsatmalari bo'lgan shaxslar) tashxis qo'ygan tibbiyot muassasasiga (yoki emlashni ta'minlovchi tibbiy muassasaga) o'zlarining (Immunizatsiyaga qarshi ko'rsatmalarini) elektron ro'yxatga olishni so'rashlari shart.

Agar tibbiyot muassasasi talabaning (Immunizatsiyaga qarshi ko'rsatmalar)ni elektron shaklda ro'yxatdan o'tkaza olmasa, talaba (Immunizatsiyaga qarshi ko'rsatmalar) ko'rsatilgan tibbiy ma'lumotnomani olishi va maktabga qabul qilingandan keyin uni maktabga topshirishi kerak.

#### ▶ Immunizatsiyaga qarshi ko'rsatmalarga ega bo'lgan shaxslar:

– Vaktsinaga kuchli allergik reaksiyasi (anafilaksiya) bo'lgan yoki oldingi emlashdan keyin kuchli allergik reaksiyaga ega bo'lgan shaxslar

– Ko'k yo'talga qarshi vaktsina kiritilgandan keyin 7 kun ichida noma'lum ensetapalopatiyani boshdan kechirgan shaxslar

\* Yuqori isitma yoki immunoglobulinlarni yuborish, tuxum allergiyasi yoki atopik dermatit kabi vaqtinchalik holatlar emlash uchun kontrendikatsiyalar (mone'lik qiladigan nuqson) bo'lib xizmat qilmaydi.



# 어린이가 건강한 대한민국

## 표준예방접종일정표 (2024) Standart emlash grafigi (2024)

### Koreya Respublikasi farzandingiz salomatligi haqida qayg'uradi

대상 감염병 Yuqumli kasallik nomi	백신 종류 및 방법 Vaksina turi va usuli	회수 Round	출생시 Tug'ilganda	4주 이내 4 hafta ichida	1개월 1 oy	2개월 2 oy	4개월 4 oy	6개월 6 oy	12개월 12 oy	15개월 15 oy	18개월 18 oy	19~23개월 19 oylardan 23 oylgacha	24~35개월 24 oylardan 35 oylgacha	6세 6 yosh	11세 11 yosh	12세 12 yosh
B형간염 Gepatit B	HepB	3	HepB 1차 (HepB 1-ch round)	HepB 2차 (HepB 2-ch round)	HepB 3차 (HepB 3-ch round)											
결핵 Sif (tuberkulyoz)	BCG (intradermal)	1	BCG 1차 (BCG 1-ch round)													
디프테리아 파상풍 백일해 Kok'yo'tal	DTap	5	DTap 1차 (DTap 1-ch round)	DTap 2차 (DTap 2-ch round)	DTap 3차 (DTap 3-ch round)						DTap 4차 (DTap 4-ch round)			DTap 5차 (DTap 5-ch round)		
폴리오미ELIT	IPV	1	IPV 1차 (IPV 1-ch round)	IPV 2차 (IPV 2-ch round)	IPV 3차 (IPV 3-ch round)									IPV 4차 (IPV 4-ch round)		Tdap/Td 6차 (Tdap/Td 6-ch round)
페름구교 감염증 B tipidagi gemofil grippi	Hib	4	Hib 1차 (Hib 1-ch round)	Hib 2차 (Hib 2-ch round)	Hib 3차 (Hib 3-ch round)											
폐렴구균 감염증	PCV	4	PCV 1차 (PCV 1-ch round)	PCV 2차 (PCV 2-ch round)	PCV 3차 (PCV 3-ch round)											
Pnevmokokk infeksiyasi	PPSV	-														
로타바이러스 감염증	RV1	2	RV 1차 (RV 1-ch round)	RV 2차 (RV 2-ch round)												
Rotavirus infeksiyasi	RV5	3	RV 1차 (RV 1-ch round)	RV 2차 (RV 2-ch round)	RV 3차 (RV 3-ch round)											
홍역 Ozamiq	MMR	2														
우형성인신염 Parotit	VAR	1														
풍진 Ozichka	HepA	2														
수두 Suvchetchak	HEV	5														
A형간염 Gepatit a	LEV	2														
일본뇌염	LEV	5														
Yapon ensefaliti	LEV	2														
사람유두종바이러스 감염증 Inson papillomavirusi infeksiyasi	HPV	2														HPV 1~2차 (HPV 1-ch va 2-ch round)
인플루엔자 Gripp	IV	-														

타가 영웅과피제  
Milliy emlashlar

국가예방접종: 국가에서 권장하는 필수 예방접종(국가 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률)을 통해 예방접종 대상 감염병과 예방접종 실시기준 및 방법을 정하고, 이를 근거로 재정을 마련하여 지원하고 있음. Milliy emlashlar: Davlat tomonidan lavsiya etilgan malburiy emlash, Davlat emlash kerak bo'lgan yuqumli kasalliklarni belgilaydi, emlash uchun standartlar va usullarni belgilaydi, shuningdek, "Yuqumli kasalliklarni nazorat qilish va oldini olish to'g'risidagi qonun" asosida emlashni moliyalashtirish va subsidiyalashtirish va subsidiyalashtirish ta'mini beradi.

기타 예방접종: 예방접종 대상 감염병 및 지정감염병 이외 감염병으로 민간 의료기관에서 접종 가능한 유료 예방접종. Boshqa emlashlar: Xususiy tibbiyot muassasalari belgilangan yuqumli kasalliklar va milliy emlash kerak bo'lgan yuqumli kasalliklardan tashqari yuqumli kasalliklarga qarshi pullik emlash xizmatlarini taklif qilishadi.

DTap, IPV, Hib 백신은 예방접종일정에 따라 DTap-IPV(디프테리아·파상풍·백일해·폴리오) 또는 DTap-IPV/Hib(디프테리아·파상풍·백일해·폴리오·B형헤모필루스인플루엔자) 혼합백신으로 접종 가능. DTap, IPV va Hib vaktsinasi jadvalingizga (grafigingizga) qarab, siz DTap-IPV (difteriya, qoqshol, kok'yo'tal va poliomeit) yoki DTap-IPV/Hib (difteriya, qoqshol, kok'yo'tal, poliomeit va gemofil grippi b tipi) vaktsinasi olishingiz mumkin.

# 어린이 국가예방접종사업 안내 子どもの政府予防接種事業のご案内

예방접종은 예방접종 대상 감염병으로부터 아이들을 보호할 수 있는 안전하고 효과적인 방법으로, 어린이 감염병 예방을 위해 국가에서 예방접종비용을 전액 지원하고 있습니다. 予防接種は予防接種対象となる感染症から子どもを守る安全かつ効果的な方法で、子どもの感染予防のために、政府が予防接種費用を全額支援しています。

## 국가예방접종 지원백신 政府予防接種の支援対象ワクチン

대상 감염병 대상질환	백신 종류 및 방법 ワクチンの種類と方法	회수 回	출생시 出生時	4주 이내 4週間以内	1개월 1ヶ月	2개월 2ヶ月	4개월 4ヶ月	6개월 6ヶ月	12개월 12ヶ月	15개월 15ヶ月	18개월 18ヶ月	19~23개월 19~23ヶ月	24~35개월 24~35ヶ月	4세 4歳	6세 6歳	11세 11歳	12세 12歳
예방간염 B형바이러스 B型肝炎 B型肝炎	HepB BCG (皮下) BCG (intradermal)	3	HepB 1차 (HepB 1차)	HepB 2차 (HepB 2차)	HepB 3차 (HepB 3차)												
결핵 結核	BCG (皮下) BCG (intradermal)	1	BCG 1차 (BCG 1차)														
디프테리아 파상풍 백일해 百日咳	DTap	5	DTap 1차 (DTap 1차)	DTap 2차 (DTap 2차)	DTap 3차 (DTap 3차)						DTap 4차 (DTap 4차)			DTap 5차 (DTap 5차)			
폴리오 바이러스 ポリオウイルス	IPV	4	IPV 1차 (IPV 1차)	IPV 2차 (IPV 2차)	IPV 3차 (IPV 3차)									IPV 4차 (IPV 4차)		Tdap/Td 6차 (Tdap/Td 6차)	
페름구교 감염증 B형헤모필루스인플루엔자 B型肺炎球菌感染症 B型肺炎球菌感染症	Hib	4	Hib 1차 (Hib 1차)	Hib 2차 (Hib 2차)	Hib 3차 (Hib 3차)												
폐렴구균 감염증 肺炎球菌感染症	PCV	4	PCV 1차 (PCV 1차)	PCV 2차 (PCV 2차)	PCV 3차 (PCV 3차)												
PCV 2차 肺炎球菌 2価接種	PPSV	-															
폴리오바이러스 감염증 ポリオウイルス感染症	RV1	2	RV 1차 (RV 1차)	RV 2차 (RV 2차)													
우형성인신염 Parotit 風疹	MMR	2															
홍역 Ozamiq 麻疹	VAR	1															
A형간염 A型肝炎	HepA	2															
일본뇌염 日本脳炎	LEV	5															
사람유두종바이러스 감염증 ヒトパピローマウイルス感染症	HPV	2														HPV 1~2차 (HPV 1~2차)	
인플루엔자 インフルエンザ	IV	-															

## 무료 접종 지정 의료기관 無料接種指定医療機関

- 지정 의료기관은 예방접종도우미 누리집(<https://nip.kdca.go.kr>)에서 확인할 수 있습니다. 指定医療機関は、「予防接種ヘルパー」公式サイト (<https://nip.cdc.go.kr>) で確認することができます.
- \* 지정 의료기관 방문 전 접종 가능한 백신 종류를 확인하시기 바랍니다. \* 指定医療機関に訪問する前に、接種対象のワクチンをご確認ください.
- \* 지정 의료기관 정보는 한국어로 제공됩니다. \* 指定医療機関の情報は、韓国語で提供しています.
- 부득이한 사유로 출생신고가 1개월 이상 지연되었다면 보건소에서 예방접종을 위한 임시관리번호를 발급받으면 무료 접종 가능합니다. やむを得ない理由で出生届の提出が1ヶ月以上遅延された場合、保健所にて予防接種のための「臨時管理番号」を発行されると、無料接種を受けることができます.
- 접종기관에서 전산등록한 자녀의 예방접종 기록은 예방접종도우미 누리집에서 확인할 수 있습니다. 예방접종을 완료하지 않은 경우, 가까운 보건소 또는 지정 의료기관을 방문하여 무료접종 받으시기 바랍니다. 만약 예방접종을 완료하였으나 전산등록이 누락된 경우 접종기관에 전산등록을 요청하시기 바랍니다(한국어만 지원). 接種機関で電算登録した子どもの予防接種の記録は、「予防接種ヘルパー」の公式サイト、又は携帯アプリでも確認できます。予防接種がお済みではない場合は、最寄りの保健所または指定医療機関を訪問し、無料接種を受けるようにしてください。予防接種を受けた方で電算の登録漏れがある場合には、接種した機関に電算登録を依頼してください(韓国語のみ対応)。
- 더 궁금한 사항은 인터넷 예방접종도우미 누리집 통해 확인하거나 전화로 문의주세요. ご不明な点などがある場合には、公式WEBサイト「予防接種ヘルパー」またはお電話でのお問い合わせも可能です.

누리집: <https://nip.kdca.go.kr> | 전화번호: 043-719-8398~8399 | 다누리콜센터: 1577-1366  
사이트: <https://nip.cdc.go.kr> | 電話番号: 043-719-8398-8399 | タヌリコールセンター: 1577-1366

# 予防接種手順ガイド

(多文化家庭の保護者向け)

1. あなたの母国語で作成された「予防接種予診票」を見て、「(韓国語)予防接種予診票」を作成してください。

## <予防接種予診票を作成する際の注意事項>

- ① 子どもの名前は韓国語または英語で作成してください。
- ② 住民登録番号(外国人登録番号)を作成してください。  
もし、住民登録番号(外国人登録番号)がない場合、保健所で予防接種のために発行された「臨時管理番号」を作成してください。
- ③ 住民登録上の生年月日と実際の生年月日が異なる場合、実際の生年月日を記入します。  
※ 接種日程は実際の生年月日を基準に定められますので、実際の生年月日が異なる場合、実際の生年月日を証明できる書類(出生届など)を持参し、最寄りの保健所に変更要請してください。
- ④ 今日、具合の悪いところがあれば、次の症状を参考にして作成してください。  
1. 発熱 2. 咳 3. 喉の痛み(腫れ) 4. 下痢 5. 腹痛  
6. 嘔吐 7. 頭痛 8. 気力がない 9. その他

- 「予防接種予診票」を作成する際にチェックしてください!  
- 「携帯電話番号の表記およびSMSメッセージ受信の同意」を確認します。  
- 案内メールを送信する際に希望する言語を話します。  
- 次の接種日程から韓国語以外の希望する言語で「次の接種名及び接種日」をメールで案内を受けられます。  
- 希望言語を選択する際、他の保護者の携帯電話番号を追加登録すれば、「次の接種日程」の案内を一緒に受けられます。

2. 子どもの名前が呼ばれるまで、診療室の前でしばらくお待ちください。
3. (接種前)過去に同じ接種を受けたか、子どもの過去の接種履歴を確認します。  
※ 予診医師が子どもの過去の接種履歴を電算システムで照会することができます。  
※ 子どもの予防接種記録が表示された予防接種証明書または母子手帳を持っている場合、予診医師に見せてください。
4. (接種前)予診医師が説明する相談内容と異常反応についてよく聞きます。  
※ 韓国語が難しい場合、予診医師に母国語で表示された「予防接種案内文(VIS)」を出力するよう要請し、「予防接種後の注意事項及び異常反応」についてよく読みます。
5. (接種時)予診医師が安全に接種できるように、子どもが幼い場合は保護者が子どもを太ももの上に座らせ、片腕で子どもの上半身をかかえ込みます。
6. (接種時)予防接種前後の注意事項をよく聞いて、接種を受けます。
7. (接種後)子どもの次の接種日を予診医師と相談して決めます。
8. (接種後)病院に20~30分間留まり、異常反応が発生しないか観察します。
9. (帰宅後)少なくとも3時間以上注意深く症状を観察し、高熱が出たり、普段と異なる身体症状が現れたら、すぐに医師の診療を受けるようにします。

予防接種に関する通訳が必要な場合、タヌリコールセンター(1577-1366)に電話すると支援を受けることができます。

# 予防接種 予診表

安全な予防接種のために、下記の内容をよくお読みの上、本人確認欄(法定代理人、保護者)にご記入ください。

名前	住民登録番号	-	(口男 口女)
実際の生年月日	外国人登録番号	-	(口男 口女)
電話番号	(自宅)	(携帯電話)	体重 kg

予防接種業務のための個人情報の処理などに対する同意事項		本人(法定代理, 保護者) 確認 <input checked="" type="checkbox"/>
感染症の予防及び管理に関する法律第32条及び同法施行令第32条の3によって、住民登録番号など個人情報およびセンシティブ情報を収集しています。追加的に収集される項目は下記の通りです。 ■ 個人情報収集・利用目的: 必須予防接種の次の接種および完了有無、予防接種後、異常反応発生するかどうか関連メッセージ ■ 個人情報収集・利用項目: 個人情報(敏感情報、住民登録番号を含む)、電話番号(自宅/携帯電話) ■ 個人情報保有及び利用期間: 5		
予防接種をする前に被接種者の予防接種の内訳を予防接種統合管理システムに事前確認することに同意します。 * 予防接種の内訳の事前確認に同意しない場合、不要な追加接種または交差接種が発生することができます。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
必須予防接種の次の接種および完了有無に関する情報を携帯電話メッセージで受信することに同意します。 * メッセージ受信に同意しない場合、同意しなかった項目に対する情報を受信することができません。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
予防接種後、異常反応の発生如何と関連されたメッセージを携帯電話で受信することに同意します。 * メッセージ受信に同意しない場合、同意しなかった項目に対する情報を受信することができません。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
接種対象者に対する確認事項		本人(法定代理, 保護者) 確認 <input checked="" type="checkbox"/>
今日痛いところがありますか? 痛みの症状を書いてください。 ( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
薬や食べ物(卵を含む)またはワクチン接種により、蕁麻疹、または発疹などのアレルギー症を起こしたことはありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
過去に予防接種後、異常反応が生じたことがありますか? ある場合は、予防接種名を書いてください。 (予防接種名: )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
先天性奇形、喘息や肺疾患、心臓疾患、腎臓疾患、肝疾患、糖尿および内分泌疾患、血液疾患で診察を受けたり、治療を受けたことがありますか。既往歴がある方は病名を記入してください。 ( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん、またはその他脳神経系疾患(ギランバレー症候群を含む)を経験したことがありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
癌、白血病あるいは免疫系疾患がありますか? 既往歴がある方は病名を記入してください。 (病名: )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
最近、3カ月以内にステロイド剤、抗がん剤、放射線治療を受けたことがありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
最近、1カ月以内に予防接種を行ったことがありますか? いざ、予防接種名を書いてください。 (予防接種名: )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
女性 現在妊娠中の方、または今後1ヶ月以内に妊娠する可能性はありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
医師の診察結果と異常反応に対する説明を聞いて予防接種をします。  本人(法定代理人、保護者) 名前: (署名) 接種対象者との関係: ( ) * 被接種者が出生申告以前の新生児の場合、法定代理人の住民登録番号( ) 年 月 日		

接種対象者に対する確認事項		確認 <input checked="" type="checkbox"/>
体温: °C	予防接種後、異常反応について説明した	<input type="checkbox"/>
「異常反応を観察するために、接種後20~30分間は接種機関で待機する必要がある」を説明した。		<input type="checkbox"/>
問診結果:		
以上の問診や診察の結果、予防接種が可能です。 医師の名前: (署名)		

## 자녀의 예방접종 기록을 확인하세요. 子どもの予防接種記録を確認してください。

### ■ 予防接種の記録を電算登録すると、何か利点はありますか？

1. 予防接種の誤りを予防し、不要な追加接種と費用を削減できます。
2. 予防接種の記録を予防接種ヘルパーの公式サイトでご確認いただけます。
  - 予防接種ヘルパーの公式サイト(<https://nip.kdca.go.kr>)に会員登録後、子どもを登録して予防接種の記録を確認します。
  - (子ども登録方法) 予防接種ヘルパー公式サイトにログイン → [予防接種管理] → [子どもの予防接種管理] → [子ども情報登録]
  - (記録確認方法) 予防接種ヘルパー公式サイトにログイン → [予防接種管理] → [子どもの予防接種管理] → [子どもの予防接種履歴の照会]

※ 予防接種ヘルパー公式サイトで予防接種の記録が確認できない場合、接種を受けた機関に電算登録を要請してください。  
 ※ 予防接種手帳は、保護者が子供の接種記録を適切に管理するためのものであり、予防接種証明書を代わりにすることはできません。

3. 予防接種証明書はオンラインにて無料で発行(韓国語または英語)可能です。
  - 予防接種ヘルパー公式サイトにログイン → [予防接種管理] → [電子窓口サービス] → [予防接種証明書]
4. 子どもの予防接種日を忘れないように、次回の予防接種日をSMSメッセージでご案内いたします。
  - 接種機関に連絡を受けられる保護者(保護者または法定代理人)の携帯電話番号を教えていただければ、必須予防接種の次の予防接種日をSMSメッセージでご案内いたします。
  - 外国語\*でのご案内を希望する場合には、接種した機関にご希望の言語を伝えていただければ、韓国語と一緒に受けることができます。
    - 希望言語を選択する際、他の保護者の携帯電話番号も追加登録すれば、次の予防接種日の案内を一緒に受けることができます。

### ■ 外国に滞在した後に帰国する場合、予防接種証明書の発行を受けてください。

外国で予防接種した場合、帰国前に英文の予防接種証明書または接種機関の職印や公式サイン(Official Signature or Stamp)された書類の発行を受け、最寄りの保健所に電算登録を要請してください。

大韓民国は団体生活する子ども・学生の感染予防管理と健康保護のために、保育園や小学校・中学校に入学する時に予防接種証明書の提出を義務化し、予防接種の有無\*を確認しています。  
 ただし、予防接種の記録が予防接種ヘルパーの公式サイトで確認された場合、保育園や学校に予防接種証明書を提出しなくてもいいです。

\*根拠：「感染症の予防及び管理に関する法律」第31条、「学校保健法」第10条、「乳幼児保育法」第31条の3

## 政府支援予防接種支援事業のご案内 국가예방접종 사업안내

### ▶ 政府支援子ども予防接種事業

予防接種対象の感染症から子どもを守るために、必須予防接種の費用を全額支援します。

- 支援対象：12歳以下の子ども
  - ※ 当該年度の支援対象は、最寄りの保健所または指定医療機関へ問い合わせ
- 支援内容：必須予防接種の予防接種費用を全額支援
- 支援するワクチン：18種

結核(BCG、皮内用)、B型肝炎(HepB)、ジフテリア/破傷風/百日咳(DTaP)、破傷風/ジフテリア(Td)/破傷風/ジフテリア/百日咳(Tdap)、ポリオ(IPV)、ジフテリア/破傷風/百日咳/ポリオ(DTaP-IPV)、ジフテリア/破傷風/百日咳/ポリオ/ヘモフィルスインフルエンザb型菌感染症(DTaP-IPV/Hib)、ヘモフィルスインフルエンザb型菌感染症(Hib)、肺炎球菌(PCV)、ロタウィルス(RV)、はしか/おたふく風邪/風疹(MMR)、水痘(VAR)、A型肝炎(HepA)、日本脳炎不活化ワクチン(IJEV)、日本脳炎弱毒化生ワクチン(IJEV)、ヒトパピローマウイルス(HPV)、インフルエンザ(IIV)

※ 皮内BCG、肺炎球菌、ヘモフィルスインフルエンザb型菌感染症、A型肝炎など一部のワクチンの接種支援には年齢制限があります。

- 接種機関：最寄りの指定医療機関または保健所
  - ※ 指定医療機関は予防接種ヘルパー公式サイト(<https://nip.kdca.go.kr>)でご確認ください。
  - ※ 保健所は自治体の状況によって接種を行っていないところもあるので、訪問する前にご確認ください。

### ▶ B型肝炎の周産期感染予防事業

B型肝炎陽性の母親から生まれる新生児のB型肝炎周産期感染予防のために、新生児への免疫グロブリン投与とB型肝炎の予防接種、抗原・抗体検査の実施にかかる費用を全額支援します。

- 支援対象：B型肝炎の表面抗原(HBsAg)陽性またはe抗原(HBeAg)陽性の母親から生まれた新生児
  - 妊娠中の母親が、産前検査結果用紙\*の提出及び個人情報提供を認める旨に同意した者
  - \* 妊娠中または出産後、7日以内に実施した母親の表面抗原(HBsAg)陽性またはe抗原(HBeAg)陽性の結果
- 支援内容：
  - ①免疫グロブリン1回(出生時)、②基礎接種3回(0・1・6ヶ月)、③基礎接種後、B型肝炎抗原・抗体検査の1回費用を全額支援
  - ※ 1次抗原・抗体の検査結果により、再接種(最大3回)及び再検査(最大2回)の費用を追加支援
- 接種機関：最寄りの指定医療機関または保健所
  - ※ 指定医療機関は予防接種ヘルパー公式サイト(<https://nip.kdca.go.kr>)でご確認ください。
  - ※ 保健所は自治体の状況によって接種を行っていないところもあるので、訪問する前にご確認ください。

## 政府支援予防接種事業 국가예방접종 지원사업

### ▶▶ ヒトパピローマウイルス感染症(HPV)政府支援予防接種支援事業

ヒトパピローマウイルス(HPV)感染症による子宮頸がんなどの予防のため、予防接種にかかる費用を全額支援しています。

- **支援対象:** 12歳~17歳の青少年期の女性、18~26歳の低所得層\*の女性
  - \* 「国民基礎生活保障法」上の基礎生活受給者及び次上位階層(基準中位所得50%以下)
  - ※ 支援対象に関する詳細については、最寄りの保健所または指定医療機関にお問い合わせください
- **支援内容:** ヒトパピローマウイルス(HPV)感染症の予防接種費用\* 全額支援
  - \* 予防接種実施基準に基づき、最初の接種年齢が14歳以下であれば計2回、15歳以上であれば計3回接種が必要、基準に応じた接種費用を支援
  - ※ 12歳の青少年期の女性はHPV予防接種時に健康相談を一緒に提供
- **支援ワクチン:** サーバリックス(HPV2)、ガーダシル(HPV4)
  - ※ HPV9価ワクチンは支援ワクチン未該当
- **接種機関:** 最寄りの指定医療機関または保健所
  - ※ 指定医療機関は予防接種ヘルパー公式サイト(<https://nip.kdca.go.kr>)でご確認ください。
  - ※ 保健所は自治体の状況によって接種を行っていないところもあるので、訪問する前にご確認ください。

### ▶▶ インフルエンザ予防接種の政府支援事業

インフルエンザ感染予防のために集団生活をする子ども、合併症の発生率が高い高危険群である高齢者や妊婦にインフルエンザ予防接種費用を全額支援します。

※ インフルエンザ支援事業は季節事業なので、毎年9月頃に予防接種ヘルパー公式サイトで確認できます。

- **支援対象:** 生後6ヶ月~13歳の子ども、妊婦、65歳以上の高齢者
  - ※ 支援対象の詳細基準は、最寄りの保健所または指定医療機関にお問い合わせください
- **支援内容:** インフルエンザ予防接種1回/節気当たり
  - ※ 生後6ヶ月~8歳の対象者のうち、インフルエンザ接種を初めて受ける場合は2回
- **接種機関:** 最寄りの指定医療機関または保健所
  - ※ 指定医療機関は予防接種ヘルパー公式サイト(<https://nip.kdca.go.kr>)でご確認ください。
  - ※ 保健所は自治体の状況によって接種を行っていないところもあるので、訪問する前にご確認ください。

## 小・中学校新入生の予防接種確認事業 초·중학교 입학생 예방접종 확인사업

### ▶▶ 小・中学校新入生の予防接種確認事業

団体生活を始める小・中学校の新入生の感染症予防のために、予防接種の有無\*を確認し、未接種者に接種を督促して生徒の健康を保護する事業です。

\* 「感染症の予防及び管理に関する法律」第31条(予防接種の有無確認)、「学校保健法」第10条(予防接種の有無検査)

- **事業対象:** 当該年度の小・中学校入学生
- **確認事業対象の予防接種:**
  - (小学校) 4~6歳 予防接種4種
    - ※ DTaP5次、IPV4次、MMR2次、日本脳炎不活化ワクチン4次(または弱毒化生ワクチン2次)
  - (中学校) 11~12歳 予防接種3種
    - ※ Tdap(またはTd)6次、日本脳炎不活化ワクチン5次(または弱毒化生ワクチン2次)、HPV1次(女子学生が対象)
- **事業方法:**

教育部の小・中学校入学生情報と疾病管理庁の予防接種情報を連携、学校と保健所で予防接種の有無を確認して、未接種者に接種を推奨

※ 予防接種ヘルパー公式サイトで接種記録が確認された場合、学校に<予防接種証明書>は提出不要です。

※ <予防接種禁忌者>は診断(接種)を受けた医療機関に<予防接種を禁忌とした事由>の電算登録を要請してください。ただし、医療機関の電算登録が困難な場合は、<予防接種を禁忌とした事由>が記載された診断書を発行してもらい、入学後、学校に提出してください。

If the medical institution cannot electronically register a student's <Immunization Contraindications>, the student must receive a medical certificate specifying the <Immunization Contraindications> and submit the same to the school after admission

#### ▶▶ 予防接種禁忌者:

- ワクチンの成分に対して、または、前回のワクチン接種後に重度のアレルギー反応(アナフィラキシー)が起こった場合
- 百日咳ワクチン投与から7日以内に、原因不明の脳症が発生した場合
  - \* 高熱、免疫グロブリン投与などの一時的な理由や卵アレルギー、アトピーなどは禁忌の事由に該当しません。

# 어린이가 건강한 대한민국 子どもが健康な大韓民国

## 표준예방접종일정표 (2024) 標準予防接種日程表 (2024)

대상 감염병 対象感染症	백신 종류 및 방법 ワクチンの種類及び方法	회수 回数	출생시 出生時	4주 이내 4週以内	1개월 1ヶ月	2개월 2ヶ月	4개월 4ヶ月	6개월 6ヶ月	12개월 12ヶ月	15개월 15ヶ月	18개월 18ヶ月	19~23개월 19~23ヶ月	24~35개월 24~35ヶ月	4세 4歳	6세 6歳	11세 11歳	12세 12歳
B형간염 B型肝炎	HepB	3	HepB 1차 (HepB 1次)	HepB 2차 (HepB 2次)													
결핵 結核	BCG(피내) BCG (intradermal)	1	BCG 1차 (BCG 1回)														
디프테리아, 조파티리아 파상풍,破傷風 백일해,百日咳	DTap	5	DTap 1차 (DTap 1次)	DTap 2차 (DTap 2次)	DTap 3차 (DTap 3次)												
폴리오, 폴리오 B형헤르페스인플루엔자 B型ヘルペスインフルエンザ	IPV Hib PCV	1 4 4	IPV 1차 (IPV 1次) Hib 1차 (Hib 1次) PCV 1차 (PCV 1次)	IPV 2차 (IPV 2次) Hib 2차 (Hib 2次) PCV 2차 (PCV 2次)	IPV 3차 (IPV 3次) Hib 3차 (Hib 3次) PCV 3차 (PCV 3次)												
페름구균 감염증 肺炎球菌感染症	PPSV	-															
로타바이러스 감염증 ロタウイルス感染症	RV1 RV5	2 3	RV 1차 (RV 1次) RV 1차 (RV 1次)	RV 2차 (RV 2次) RV 2차 (RV 2次)													
홍역, 하しか 우형성인플루엔자 風疹, 風疹	MMR VAR	2 1															
A형간염 A型肝炎	HepA	2															
일본뇌염 日本脳炎	JEV LJEV	5 2															
사람유두종바이러스 감염증 ヒトパピローマウイルス感染症	HPV	2															
인플루엔자, 인플루엔자	IV	-															

- 국가예방접종: 국가에서 권장하는 필수예방접종(국가 지정 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률)을 통해 예방접종 대상 감염병과 예방접종 실시기준 및 방법을 정하고, 이를 근거로 재원을 마련하여 지원하고 있음.  
 政府支援予防接種: 国が推奨する必須予防接種(国は「感染症の予防及び管理に関する法律」を通じて、予防接種対象感染症と予防接種の実施基準及び方法を定め、これに基づき財源を調達して支援している)
- 기타예방접종: 예방접종 대상 감염병 및 지정감염병 이외의 감염병으로 민간 의료기관에서 접종 가능한 유료 예방접종  
 その他の予防接種: 予防接種対象感染症及び指定感染症以外の感染症で、民間の医療機関で接種可能な有料予防接種
- DTap, IPV, Hib 백신은 예방접종일정에 따라 DTap-IPV(디프테리아·파상풍·백일해·폴리오) 또는 DTap-IPV/Hib(디프테리아·파상풍·백일해·폴리오·B형헤르페스인플루엔자) 혼합백신으로 접종 가능  
 DTap, IPV, Hibワクチンは予防接種の日程によりDTap-IPV(ジフテリア・破傷風・百日咳・ポリオ)またはDTap-IPV/Hib(ジフテリア・破傷風・百日咳・ポリオ・B型肝炎ウイルス感染症)の混合ワクチンで接種可能

## 어린이 국가예방접종사업 안내 国家预防接种服务指南

예방접종은 예방접종 대상 감염병으로부터 아이들을 보호할 수 있는 안전하고 효과적인 방법으로, 어린이 감염병 예방을 위해 국가에서 예방접종비용을 전액 지원하고 있습니다.  
 预防接种是保护儿童免受预防接种涵盖的传染性疾病预防的安全、有效的方式, 为预防儿童传染病, 国家将全额提供疫苗接种所需的费用。

### 국가예방접종 지원백신 国家预防接种免费疫苗

어린이가 건강한 대한민국  
 儿童健康的韩国

표준예방접종일정표 (2024)  
 标准预防接种日程表 (2024)

대상 감염병	백신 종류 및 방법	회수	출생시	4주 이내	1개월	2개월	4개월	6개월	12개월	15개월	18개월	19~23개월	24~35개월	4세	6세	11세	12세
B형간염	HepB	3	HepB 1차	HepB 2차													
결핵	BCG(皮下注射)	1	BCG 1차														
디프테리아, 파상풍, 백일해	DTap	5	DTap 1차	DTap 2차	DTap 3차												
폴리오, 폴리오	IPV	4	IPV 1차	IPV 2차	IPV 3차												
파상풍, B형헤르페스인플루엔자	Hib	4	Hib 1차	Hib 2차	Hib 3차												
페름구균 감염증	PPSV	-															
로타바이러스 감염증	RV1, RV5	2, 3	RV 1차	RV 2차													
홍역, 풍진	MMR	2															
A형간염	HepA	2															
일본뇌염	JEV, LJEV	5, 2															
사람유두종바이러스 감염증	HPV	2															
인플루엔자	IV	-															

### 무료 접종 지정 의료기관 免费接种指定医疗机构

- 지정 의료기관은 예방접종도우미 누리집(<https://nip.kdca.go.kr>)에서 확인할 수 있습니다.
- 请登录预防接种服务平台的主页(<https://nip.cdc.go.kr>), 查询指定的医疗机构。
  - \* 지정 의료기관 방문 전 접종 가능한 백신 종류를 확인하시기 바랍니다.
  - \* 在前往指定医疗机构前, 请查看可接种的疫苗种类。
  - \* 지정 의료기관 정보는 한국어로 제공됩니다。
  - \* 指定医疗机构的相关信息均为韩语版本。
- 부득이한 사유로 출생신고가 1개월 이상 지연되었다면 보건소에서 예방접종을 위한 임시관리번호를 발급받으면 무료 접종 가능합니다.
- 因不得已的原因, 延迟办理出生登记超过一个月时, 可在保健所领取预防接种“临时管理号码”后, 免费接种疫苗。
- 접종기관에서 전산등록한 자녀의 예방접종 기록은 예방접종도우미 누리집에서 확인할 수 있습니다. 예방접종을 완료하지 않은 경우, 가까운 보건소 또는 지정 의료기관을 방문하여 무료접종 받으시기 바랍니다. 만약 예방접종을 완료하였으나 전산등록이 누락된 경우 접종기관에 전산등록을 요청하시기 바랍니다.(한국어만 지원).
- 可登陆预防接种服务平台主页查询接种结构已录入的孩子的接种记录。如未完成预防接种时, 请前往就近的保健所或指定医疗机构, 进行免费接种。如已完成预防接种, 但接种记录尚未录入系统中时, 请要求接种机构将其录入到系统中。(仅限韩语)
- 더 궁금한 사항은 인터넷 예방접종도우미 누리집 통해 확인하거나 전화로 문의주세요
- 如有其他问题, 请登录预防接种服务平台主页查询, 也可拨打电话咨询。

누리집: <https://nip.kdca.go.kr> | 전화번호: 043-719-8398~8399 | 다누리콜센터: 1577-1366  
 主页: <https://nip.cdc.go.kr> | 电话: 043-719-8397-8399 | DANURI呼叫中心: 1577-1366

# 预防接种流程指南

(多文化家庭监护人用)

1. 请浏览以您的母语制作的《预防接种预检表》后,填写《(韩文)预防接种预检表》。

## 《填写预防接种预检表时的注意事项》

- ① 请以韩文或英文填写孩子的姓名。
- ② 请填写居民登记号码(外国人登记号码)  
如没有居民登记号码(外国人登记号码)时,请填写保健所为进行预防接种发放的“临时管理编号”。
- ③ 居民登记上的出生年月日与实际不符时,请在相应栏内填写实际的出生年月日。  
※ 接种时间以实际出生年月日为准,如实际出生年月日存在出入,请携带可证明出生年月日的文件(出生申报等)向就近的保健所申请变更。
- ④ 如果今天有不舒服的地方,请参考以下症状填写。

- |       |       |           |       |       |
|-------|-------|-----------|-------|-------|
| 1. 发烧 | 2. 咳嗽 | 3. 嗓子疼(肿) | 4. 腹泻 | 5. 腹痛 |
| 6. 呕吐 | 7. 头痛 | 8. 全身无力   | 9. 其他 |       |

- 填写《预防接种预检表》时请注意!
- 确认“填写手机号码及同意接收短信”。
  - 选择接收通知短信时使用的语言。
  - 从下次接种日程开始,除了韩语以外,还可以用您选择的语言收取“下次接种名称及接种日期”的通知。
  - 选择所需语言时,如果追加登记其他监护人的手机号码,可以一起收取“下次接种日程”的通知。

2. 在孩子的名字被叫到前,请在诊室前等候。
3. (接种前)请查询孩子的接种记录,确认是否曾经接种过同样的疫苗。  
※ 预检医生可通过电脑系统,查询孩子以往的接种记录。  
※ 如随身携带有孩子预防接种记录的预防接种证明或儿童手册,请向预检医生出示。
4. (接种前)请认真聆听预检医生关于咨询内容和异常反应的讲解。  
※ 如看不懂韩文,可请求预检医生打印以母语编写的《预防接种指南(VIS)》、认真浏览预防接种指南中的“预防接种后的注意事项及异常反应”一项。
- 5.(接种时)如果宝宝的年龄过小、为便于预检医生安全接种疫苗,监护人应让宝宝坐在大腿上,并用一只手环抱住孩子的身体。
6. (接种时)请仔细聆听预防接种前·后的注意事项,并接种疫苗。
7. (接种后)请与预检医生商定好孩子下一次的接种时间。
8. (接种后)在医院等待20~30分钟,观察是否出现异常。
9. (回家后)注意观察至少三个小时以上,如出现发烧或有别于平时的身体异常时,请立即就医。

※ 如果需要有关预防接种的翻译服务,请致电DANURI呼叫中心 (☎ 1577-1366)寻求帮助。

# 疫苗接种预诊表

为了安全进行疫苗接种,请仔细阅读下面的问题后,填写在本人(法定代理人、监护人)的确认栏里。

姓名		实际出生日期	-	( <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女)
身份证号码		外国人登录号码	-	( <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女)
电话号码	(家)	(手机)	体重	kg

疫苗接种业务个人信息处理等有关同意事项		本人(法定代理人、监护人) 确认 <input type="checkbox"/>
根据“传染病的预防及管理有关法律”第三十二条及该法执行令第三十二条之三,收集身份证号码等个人信息及敏感信息,追加收集的项目如下。 ■ 个人信息收集·使用目的:强免疫苗的下次接种及接种结束与否,接种后有无异常反应发生的相关短信。 ■ 个人信息收集·使用项目:个人信息(包括敏感信息、身份证号码)、电话号码(家/手机) ■ 个人信息持有及使用时间:5年		
在疫苗接种之前,同意通过疫苗接种综合管理系统事先确认受种者的既往疫苗接种史。 *若不同意事先确认相关内容时,可能会引发不必要的追加接种或交叉接种。		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
同意通过手机短信接收强免疫苗的下次接种及接种结束与否的相关短信。 *不同意接收短信时,将无法接收不同意项目的相关信息。		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
疫苗接种后,同意用手机接收有无异常反应发生的相关短信。 *不同意接收短信时,将无法接收不同意项目的相关信息。		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
有关受种者的确认事项		本人(法定代理人、监护人) 确认 <input type="checkbox"/>
今天是否有不适之处?请填写不适的症状。		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否曾因药物或食物(包括鸡蛋),或因疫苗接种引发过皮疹或斑疹等过敏症状?		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
过去是否在疫苗接种之后发生异常反应?如果有的话请填写疫苗名称。 (疫苗名: )		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否因患先天性畸形、哮喘及肺部、心脏、肾脏、肝脏疾患,糖尿及内分泌、血液等疾病接受过诊查或治疗? 如果有的话请填写疾病的名称。 ( )		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否曾患有痉挛或其他脑神经类疾病(包括格林-巴利综合症)?		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否患有癌症、白血病或免疫类疾病?如果有的话请填写疾病名称。 (病名: )		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
最近三个月内是否接受过类固醇剂、抗癌药、放射治疗?		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
最近一个月内是否接受过疫苗接种?如果有的话请填写疫苗的名称。 (疫苗名: )		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(女性)现在是否在孕中或下个月是否有怀孕计划?		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
本人倾听医生的诊查结果和对异常反应的说明之后进行疫苗接种。		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
本人(法定代理人、监护人)姓名: (签字) 与受种者的关系: *若受种者是进行出生申报以前的新生儿,则请填写法定代理人的身份证号码( - ) 年 月 日		

医生预诊结果(医生确认栏)		确认 <input type="checkbox"/>
体温: °C	已对疫苗接种后的异常反应进行了说明	<input type="checkbox"/>
针对“为了观察异常反应,在接种后需在接种机关逗留20~30分钟”的部分也已说明。		<input type="checkbox"/>
问诊结果:		
通过如上的问诊及诊查结果显示,可以进行疫苗接种。		医生姓名: (签字)

## 자녀의 예방접종 기록을 확인하세요. 请查看孩子的预防接种记录。

### 在电脑上录入预防接种记录有哪些优点?

#### 1. 预防预防接种错误、减少不必要的追加接种和费用。

#### 2. 可以在预防接种服务平台主页确认预防接种记录。

- 在预防接种服务平台主页(<https://nip.kdca.go.kr>)注册会员后、录入孩子信息、确认预防接种记录。
  - (孩子登记方法)登录预防接种服务平台主页 → [预防接种管理] → [孩子的预防接种管理] → [录入孩子信息]
  - (记录确认方法)登录预防接种服务平台主页 → [预防接种管理] → [孩子的预防接种管理] → [查询孩子的预防接种记录]

※ 如果在预防接种服务平台主页无法确认预防接种记录、请要求接种机构将其录入到主页中。  
※ 《预防接种手册》用于帮助监护人妥善管理孩子的接种记录、不能代替《预防接种证明》使用。

#### 3. 可在线免费领取《预防接种证明》(韩文或英文)。

- 登录预防接种服务平台主页 → [管理预防接种] → [电子信访服务] → [预防接种证明]

#### 4. 为避免忘记孩子的预防接种时间、将发送“下次预防接种日期”短信通知。

- 如将可取得联系的父母(监护人)的手机号码告知接种机构、可收到关于强免疫苗的下次接种日期短信通知。
  - 如需发送多国语\*短信、请将所需语言告知接种机构。即可收到同时以韩语和所需语言编写的通知短信。
    - 选择所需语言时、如果追加登记其他监护人的手机号码、可以一起收取“下次预防接种日”的通知。
- \* 多国语(12种): 尼泊尔语、老挝语、俄语、蒙古语、越南语、英语、乌兹别克斯坦语、日语、中文、柬埔寨语、泰语和菲律宾语

### 在外国居住后回国时、办理好孩子在外国接种的预防接种证明。

在国外进行预防接种时、请于回国前办理好“英文版预防接种证明”或开具“盖有接种机构公章或官方签字的文件”、到就近的保健所录入电脑中。

韩国为保护集体生活的儿童和学生的健康、以及做好传染病预防管理的工作、在托儿所或中小学入学时要求提交预防接种证明、请确认是否已完成预防接种\*。

但是、如果已在预防接种服务平台主页确认预防接种记录、则不需向托儿所或学校提交预防接种证明。

\* 依据: 《关于预防和管理传染病的法律》第31条、《学校保健法》第10条、《婴幼儿保育法》第31条第3款

## 国家预防接种事业说明 국가예방접종 사업안내

### 国家儿童预防接种服务项目

为保护儿童免受传染疾病的侵害、国家向预防接种对象提供接种强免疫苗所需的全部费用。

- 适用对象: 12岁以下的儿童
  - ※ 当年适用对象可到附近的保健所或指定医疗机构咨询
- 适用内容: 全额提供强免疫苗预防接种费用
- 接种疫苗: 18种

结核 (BCG、皮下接种)、乙型肝炎(HepB)、白喉/破伤风/百日咳(DTaP)、破伤风/白喉(Td)、破伤风/白喉/百日咳(Tdap)、脊髓灰质炎(IPV)、白喉/破伤风/百日咳/脊髓灰质炎(DTaP-IPV)、白喉/破伤风/百日咳/脊髓灰质炎/b型流感嗜血杆菌(DTaP-IPV/Hib)、b型流感嗜血杆菌(Hib)、肺炎链球菌(PCV)、轮状病毒(RV)、麻疹/流行性腮腺炎/风疹(MMR)、水痘(VAR)、甲型肝炎(HepA)、流行性乙型脑炎灭活疫苗(IJEV)、流行性乙型脑炎减毒活疫苗(LJEV)、人乳头瘤病毒(HPV)、流感(IIV)

※ 皮下注射BCG、肺炎链球菌、b型流感嗜血杆菌、甲型肝炎等部分疫苗存在接种年龄限制

- 接种机构: 附近指定的医疗机构或保健所
  - ※ 指定医疗机构可登录预防接种服务平台主页(<https://nip.kdca.go.kr>)查询
  - ※ 保健所根据地方政府的情况、能否实施接种的情况可能会有所不同、因此去保健所前需要确认。

### 乙型肝炎围产期感染预防事业

为预防乙型肝炎阳性孕妇生下的胎儿在围生期传染乙型肝炎、提供胎儿出生时注射免疫球蛋白、接种乙型肝炎疫苗以及检测抗原和抗体所需的全部费用。

- 适用对象: 乙型肝炎表面抗原(HBsAg)或e抗原(HBeAg)阳性的孕妇生下的新生儿
  - 提交孕妇怀孕期间的产检结果单\* 及同意提供个人信息者
  - \* 怀孕期间或分娩后7天内、孕妇表面抗原(HBsAg)阳性或e抗原(HBeAg)结果呈阳性
- 主要内容:
  - 提供①1次免疫球蛋白(出生时)、②3次基础免疫(0、1、6个月)、③基础免疫后检测1次乙型肝炎抗原和抗体的全部费用
  - ※ 根据1次抗原·抗体检查结果、追加提供再次接种疫苗(最多3次)和检查(最多2次)的费用
- 接种机构: 附近指定的医疗机构或保健所
  - ※ 指定医疗机构: 可登录预防接种服务平台主页(<https://nip.kdca.go.kr>)查询
  - ※ 保健所根据地方政府的情况、可能无法进行预防接种、因此去保健所前需要确认。

# 国家预防接种服务项目

## 국가예방접종 지원사업

### » 人乳头瘤病毒(HPV)国家预防接种服务项目

为预防因感染人乳头瘤病毒(HPV)导致的宫颈癌等癌症、全额提供接种HPV疫苗所需的费用。

- **适用对象:** 年满12~17周岁的女性青少年、年满18~26周岁的低收入阶层\*女性
  - \* 《国民基本生活保障法》上规定的低保户及潜在贫困阶层(低于标准中等收入的50%)
  - ※ 关于适用对象的具体标准、请向附近的保健所或指定医疗机构咨询
- **主要内容:** 全额提供预防接种乳头瘤病毒(HPV)疫苗的费用\*
  - \* 根据预防接种实施标准、如果首次接种年龄为14岁、共接种两次、如果首次接种年龄为15岁以上、则共接种三次、根据标准提供相应预防接种费用。
  - ※ 年满12周岁的女性青少年进行HPV预防接种时、提供健康咨询
- **接种疫苗:** 卉妍康(HPV2)、加卫苗(HPV4)
  - ※ HPV 9价疫苗不适用国家补贴
- **接种机构:** 附近指定的医疗机构或保健所
  - ※ 指定医疗机构: 可登录预防接种服务平台主页(<https://nip.kdca.go.kr>)查询
  - ※ 健所根据地方政府的情况、可能无法进行预防接种、因此去保健所前需要确认。

### » 国家流感预防接种服务项目

为预防流感、向生活在集体中的儿童、容易引发并发症的高危人群—老人、孕妇、提供接种疫苗所需的全部费用。

※ 流感预防接种服务项目是季节性项目、每年9月左右可以在预防接种服务平台主页上查询。

- **适用对象:** 出生后6个月~年满13周岁的儿童、孕妇及年满65周岁以上的老人
  - ※ 关于适用对象的具体标准、请向附近的保健所或指定医疗机构咨询
- **主要内容:** 接种1次流感疫苗/每流行季
  - ※ 出生后6个月~8岁的儿童中、第一次接种流感疫苗时需要接种2次
- **接种机构:** 附近指定的医疗机构或保健所
  - ※ 指定医疗机构: 可登录预防接种服务平台主页(<https://nip.kdca.go.kr>)查询
  - ※ 健所根据地方政府的情况、能否实施接种的情况可能会有所不同、因此去保健所前需要确认。

# 中小学新生预防接种确认工作

## 초·중학교 입학생 예방접종 확인사업

### » 中小学新生预防接种确认工作

为预防开始集体生活的小学生和初中生感染传染病、面向中小学适龄入学者、确认其是否已完成预防接种、并督促未接种者进行接种、以保护学生健康。

\* 《关于预防和管理传染病的法律》第31条(确认是否完成预防接种)、《学校保健法》第10条(检查是否完成预防接种)

- **适用对象:** 当年度小学和初中新入学学生
- **确认项目对象完成预防接种**
  - (小学) 4~6周岁需完成4种疫苗的接种
    - ※ DTaP 5次、IPV 4次、MMR 2次、乙脑灭活疫苗4次(或减毒活疫苗2次)
  - (初中) 11~12周岁需完成3种疫苗的接种
    - ※ Tdap(或Td) 6次、乙脑灭活疫苗5次(或减毒活疫苗2次)、HPV 1次(适用女学生)
- **实施方式:**

教育部的中小学适龄入学者信息和疾病管理厅预防接种信息相挂钩、学校和保健所确认适用对象是否已完成预防接种、并向未接种者发出督促通知

※ 如可以在预防服务平台主页查询到预防接种记录、则无需向学校提交《预防接种证明》。

※ 《禁止接种疫苗者》要求诊断(接种)的医疗机构将《禁止接种疫苗的原因》录入到信息系统中。但是、如医疗机构无法将《禁止接种疫苗的原因》录入到信息系统中时、可开具注明《禁止接种疫苗原因》的诊断书、并于开学后提交给学校

If the medical institution cannot electronically register a student's <Immunization Contraindications>, the student must receive a medical certificate specifying the <Immunization Contraindications> and submit the same to the school after admission

#### ▶ 禁止接种疫苗者:

- 对疫苗中的成分过敏或之前接种疫苗后发生严重过敏(过敏反应)者
- 注射百日咳疫苗后7天内、曾发生其他原因不明的脑病者
  - \* 高烧、注射免疫球蛋白等原因或鸡蛋过敏、特异性皮炎等不包括在内

표준예방접종일정표 (2024)  
标准预防接种日程表 (2024)

대상 감염병 传染病名	백신 종류 및 방법 疫苗种类及接种方法	회수 次数	출생시 出生时	4주 이내 4周内	1개월 1个月	2개월 2个月	4개월 4个月	6개월 6个月	12개월 12个月	15개월 15个月	18개월 18个月	19~23개월 19~23个月	24~35개월 24~35个月	4세 4岁	6세 6岁	11세 11岁	12세 12岁
B형간염 乙型肝炎	HepB	3	HepB 1차 (HepB 第1次)	HepB 2차 (HepB 第2次)													
결핵 结核	BCG(皮下注射) BCG (intradermal)	1	BCG 1차 (BCG 1次)														
디프테리아 파상풍 백일해 百日咳	DTap	5	DTap 1차 (DTaP 第1次)	DTap 2차 (DTaP 第2次)	DTap 3차 (DTaP 第3次)	DTap 4차 (DTaP 第4次)	DTap 5차 (DTaP 第5次)										
폴리오 脊髄灰質炎	Tdap/Td IPV	1		IPV 1차 (IPV 第1次)	IPV 2차 (IPV 第2次)												Tdap/Td 6차 (Tdap/Td 第6次)
B형헤르페스인플루엔자 乙型流體感病毒	Hib	4		Hb 1차 (Hb 第1次)	Hb 2차 (Hb 第2次)	Hb 3차 (Hb 第3次)	Hb 4차 (Hb 第4次)										
폐렴구균 감염증 肺炎鏈球菌感染症	PCV	4		PCV 1차 (PCV 第1次)	PCV 2차 (PCV 第2次)	PCV 3차 (PCV 第3次)	PCV 4차 (PCV 第4次)										
우렐리아 감염증 輪狀病毒感症	PPSV	-															고위험군에 한하여 접종 (只限高风险群接种)
로타바이러스 감염증 輪狀病毒感症	RV1	2		RV 1차 (RV 第1次)	RV 2차 (RV 第2次)												
홍역 유행성 이하선염 풍진 風疹	RV5	3		RV 1차 (RV 第1次)	RV 2차 (RV 第2次)	RV 3차 (RV 第3次)											
수두 水痘	MMR	2															MMR 2차 (MMR 第2次)
A형간염 甲型肝炎	VAR	1															
일본뇌염 日本腦炎	HepA	2															
사람유두종바이러스 감염증 人乳頭病毒感症	HPV	2															HPV 1~2차 (HPV 第1~2次)
인플루엔자 流感	IV	-															IV 매년 접종 (IV 每年接种)

- 국가예방접종: 국가에서 권장하는 필수예방접종(국가 권장 예방)을 통해 예방접종 대상 감염병과 예방접종 실시기준 및 방법을 정하고, 이를 근거로 재정을 마련하여 지원하고 있음  
国家预防接种: 国家建议的预防接种(国家通过关于《传染病的预防及管理法律》, 规定了预防接种实施标准及方式, 并以此为依据筹措资金和提供支持)
- 기타예방접종: 예방접종 대상 감염병 및 지정감염병 이외의 감염병으로 민간 의료기관에서 접종 가능한 유료 예방접종  
其他预防接种: 属于预防接种疫苗针对的传染病以外的传染病, 可到民间医疗机构接种收费疫苗。
- DTap, IPV, Hib 백신은 예방접종일정표에 따라 DTap-IPV(Hib) 또는 DTap-IPV(Hib)로 접종 가능  
DTaP, IPV, Hib 疫苗根据预防接种日程, 可能接种DTaP-IPV(Hib) 或者DTaP-IPV(Hib) 疫苗

어린이 국가예방접종사업 안내  
មគ្គុទេសក៍កម្រោងការចាក់ថ្នាំបង្ការ សម្រាប់កុមារ

예방접종은 예방접종 대상 감염병으로부터 아이들을 보호할 수 있는 안전하고 효과적인 방법으로, 어린이 감염병 예방을 위해 국가에서 예방접종비용을 전액 지원하고 있습니다.  
សេវាចាក់ថ្នាំបង្ការ គឺជារបៀបសុវត្ថិភាពនិងមានប្រសិទ្ធិភាព ដែលអាចការពារកុមារពីជំងឺឆ្លងផ្លូវ។ ប្រទេសយើងកំពុងផ្គត់ផ្គង់គ្រប់ចំណាយក្នុងការចាក់ថ្នាំបង្ការ ដើម្បីការពារជំងឺឆ្លងចំពោះកុមារ។

▶▶ 국가예방접종 지원백신 ថ្នាំ វ៉ាក់សាំងបង្ការរោគដែលចាក់ថ្នាំការពារក្នុងប្រទេស



▶▶ 무료 접종 지정 의료기관 មន្ទីរពេទ្យដែលត្រូវបានជ្រើសរើសទុកជាមុន ដែលចាក់ថ្នាំឥតគិតថ្លៃ

- 지정 의료기관은 예방접종도우미 누리집(<https://nip.kdca.go.kr>)에서 확인할 수 있습니다.
- មន្ទីរពេទ្យដែលត្រូវបានជ្រើសរើសទុកជាមុន នោះអាចបញ្ជាក់តាមគេហទំព័រជំនួយចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ(<https://nip.cdc.go.kr>)បាន។
  - \* 지정 의료기관 방문 전 접종 가능한 백신 종류를 확인하시기 바랍니다.
  - \* មុនពេលទស្សនាមន្ទីរពេទ្យដែលត្រូវបានជ្រើសរើសទុកជាមុន សូមបញ្ជាក់ប្រភេទថ្នាំបង្ការដែលអាចចាក់បាន។
  - \* 지정 의료기관 정보는 한국어로 제공됩니다.
  - \* ព័ត៌មានពីមន្ទីរពេទ្យដែលត្រូវបានជ្រើសរើសទុកជាមុន នោះត្រូវបានផ្តល់ជាភាសាកូរ៉េ។
- 부득이한 사유로 출생신고가 1개월 이상 지연되었다면 보건소에서 예방접종을 위한 임시관리번호를 발급받으면 무료 접종 가능합니다.
- ក្នុងករណីការអាយការណ៍កំណើត ត្រូវបានពន្យារពេលលើស១ខែ លោកអ្នកអាចចាក់ថ្នាំឥតគិតថ្លៃបាន លុះត្រាតែទទួលបានលេខគ្រប់គ្រងបណ្តោះអាសន្នសម្រាប់ការចាក់ថ្នាំបង្ការ។
- 접종기관에서 전산등록한 자녀의 예방접종 기록은 예방접종도우미 누리집에서 확인할 수 있습니다. 예방접종을 완료하지 않은 경우, 가까운 보건소 또는 지정 의료기관을 방문하여 무료접종 받으시기 바랍니다. 만약 예방접종을 완료하였으나 전산등록이 누락된 경우 접종기관에 전산등록을 요청하시기 바랍니다.(한국어만 지원).
- កំណត់ត្រាពីការចាក់ថ្នាំបង្ការប្រសិនបើ ទិន្នន័យចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ ឬប្រែប្រួលសំនួរគមនាគមន៍ចល័តបាន។ ក្នុងករណីមិនទាន់បានបញ្ចប់ការចាក់ថ្នាំបង្ការ សូមទៅចាក់ថ្នាំឥតគិតថ្លៃនៅសាខាក្រសួងសុខាភិបាលដែលជិតគ្នា ឬ មន្ទីរពេទ្យដែលត្រូវបានជ្រើសរើសទុកជាមុន។ ប្រសិនបើ ក្នុងករណីខកខានចុះឈ្មោះក្នុងកំពូម ទោះបីបានបញ្ចប់ការចាក់ថ្នាំបង្ការក៏ សូមទាញចុះឈ្មោះនៅគ្រឹះស្ថានចាក់ថ្នាំ។(តែត្រូវតែសាកល្បង)
- 더 궁금한 사항은 인터넷 예방접종도우미 누리집 통해 확인하거나 전화로 문의주세요
- នៅពេលមានចម្ងល់ទៅទៀត សូមសួរតាមគេហទំព័រជំនួយការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ(<https://nip.cdc.go.kr>) ឬប្រែប្រួលសំនួរគមនាគមន៍ចល័ត ឬសួរតាមទូរស័ព្ទ។

누리집: <https://nip.kdca.go.kr> | 전화번호: 043-719-8398~8399 | 다누리콜센터: 1577-1366  
គេហទំព័រ: <https://nip.cdc.go.kr> | លេខទូរស័ព្ទ043-719-8397-8399 | មជ្ឈមណ្ឌលទាក់ទងតាមទូរស័ព្ទជាល្អិត1577-1366

# មគ្គុទេសក៍ពីដំណើរការចាក់ថ្នាំបង្ការ (សម្រាប់អាណាព្យាបាលនៃគ្រួសារ ពហុវប្បធម៌)

1. សូមអាន 'កម្រងសំណួរពិនិត្យការចាក់វ៉ាក់សាំង' ជាភាសាកំណើតរបស់អ្នក ហើយបំពេញ 'កម្រងសំណួរពិនិត្យការចាក់វ៉ាក់សាំង (ជាភាសាកូដ)'

## <ការណែនាំសម្រាប់ការបំពេញក្នុងកម្រងសំណួរពិនិត្យការចាក់វ៉ាក់សាំង>

- ① សូមបញ្ជាក់ឈ្មោះកូនរបស់អ្នកជាភាសាកូដ ឬភាសាអង់គ្លេស។
- ② សូមបញ្ជាក់លេខចុះបញ្ជីស្នាក់នៅរបស់កូនអ្នក (លេខចុះបញ្ជីសម្រាប់ជនបរទេស)។ ប្រសិនបើ កូនរបស់អ្នកមិនមានលេខចុះបញ្ជីស្នាក់នៅ (លេខចុះបញ្ជីសម្រាប់ជនបរទេស) សូមបញ្ជាក់ 'លេខគ្រប់គ្រងបណ្តោះអាសន្ន' ដែលចេញដោយមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈសម្រាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំង។
- ③ ប្រសិនបើថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតកូនរបស់អ្នកនៅក្នុងបញ្ជីស្នាក់នៅខុសពីថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតពិតប្រាកដរបស់គាត់ សូមបញ្ជាក់ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតពិតប្រាកដរបស់កូនអ្នកនៅក្នុងប្រអប់ដែលបានបង្ហាញ។
  - \* កាលបរិច្ឆេទចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់កូនអ្នកនឹងត្រូវបានកំណត់ដោយផ្អែកលើថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតពិតប្រាកដរបស់គាត់។ ប្រសិនបើថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតពិតប្រាកដរបស់កូនអ្នកខុសពីកាលបរិច្ឆេទដែលបានបញ្ជាក់នៅក្នុងបញ្ជីស្នាក់នៅ សូមបញ្ជាក់ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតនៅមណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈដែលនៅក្បែរនោះ ជាមួយនឹងឯកសារចាំបាច់ (ដូចសំបុត្រកំណើតជាដើម)។
- ④ ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកឈឺនៅថ្ងៃនេះ សូមបញ្ជាក់នូវរោគសញ្ញាដូចខាងក្រោម៖
 

1. គ្រុនក្តៅ	2. ក្អក	3. ឈឺចំពង់ក	4. រាគ	5. ឈឺពោះ
6. ការក្អកចង្កោរ	7. ឈឺក្បាល	8. ខ្សោយកម្លាំង	9. ផ្សេងទៀត	

- **សូមចំណាំផ្នែកខាងក្រោមនៅពេលបំពេញក្នុង 'កម្រងសំណួរពិនិត្យការចាក់វ៉ាក់សាំង'!**
  - ត្រូវប្រាកដថាបានគូសដឹកទៅលើ 'ការព្រមព្រៀងបង្ហាញលេខទូរសព្ទដៃ និងទទួលសារជាអក្សរ'។
  - សូមបញ្ជាក់ភាសាដែលអ្នកចង់ទទួលបានព័ត៌មានជាភាសា
  - អ្នកនឹងត្រូវបានផ្តល់ព័ត៌មានអំពី 'ឈ្មោះនៃការទទួលវ៉ាក់សាំងបន្ទាប់ និងកាលបរិច្ឆេទចាក់វ៉ាក់សាំង' ជាភាសាដែលបានជ្រើសរើស។
  - នៅពេលជ្រើសរើសភាសារបស់អ្នក ចុះឈ្មោះលេខទូរសព្ទដៃរបស់អ្នកថែទាំផ្សេងទៀតរបស់កូនអ្នក ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពី 'កាលបរិច្ឆេទនៃការចាក់វ៉ាក់សាំងបន្ទាប់' សម្រាប់លេខទូរសព្ទដៃនោះផងដែរ។

- 2. សូមរង់ចាំនៅមុខបន្ទប់ពិនិត្យ រហូតទាល់តែគេហៅឈ្មោះកូនរបស់អ្នក។
- 3. (មុនពេលចាក់វ៉ាក់សាំង) សូមពិនិត្យមើលប្រវត្តិនៃការចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់កូនអ្នក ដើម្បីប្រាកដថាពួកគេមិនបានទទួលការចាក់វ៉ាក់សាំងដូចគ្នាកាលពីមុនមក។
  - \* ត្រូវព្យាយាមពិនិត្យរកមើលការចាក់វ៉ាក់សាំងពីមុនរបស់កូនអ្នកតាមរយៈប្រព័ន្ធកុំព្យូទ័រ។
  - \* ប្រសិនបើអ្នកមានលិខិតបញ្ជាក់អំពីការចាក់វ៉ាក់សាំង ឬកំណត់ហេតុទារកដែលបញ្ជាក់ពីប្រវត្តិនៃការចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់កូនអ្នក សូមបង្ហាញទៅកាន់គ្រូពេទ្យដើម្បីពិនិត្យ។
- 4. (មុនពេលចាក់វ៉ាក់សាំង) សូមស្តាប់ដោយយកចិត្តទុកដាក់ នៅពេលគ្រូពេទ្យពិនិត្យពន្យល់អំពីវ៉ាក់សាំង និងប្រតិកម្មអវិជ្ជមានដែលនឹងអាចកើតមាន។
  - \* ប្រសិនបើអ្នកមានការលំបាកក្នុងការយល់ភាសាកូដ សូមស្នើសុំគ្រូពេទ្យពិនិត្យដើម្បីបោះពុម្ពច្បាប់ចម្លងនៃ 'សន្លឹកព័ត៌មានរបស់វ៉ាក់សាំង' ជាភាសាកំណើតរបស់អ្នក។ សូមអាន "ការប្រុងប្រយ័ត្នក្រោយការចាក់វ៉ាក់សាំង និងប្រតិកម្មអវិជ្ជមាន" ដោយមានការប្រុងប្រយ័ត្ន។
- 5. (ក្នុងអំឡុងពេលចាក់វ៉ាក់សាំង) ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកគឺជាកុមារតូច សូមឱ្យគាត់អង្គុយលើកែងដៃរបស់អ្នក ហើយយកដៃឱបនៅជុំវិញដងខ្លួនរបស់កូនអ្នក ដើម្បីជួយគ្រូពេទ្យឱ្យចាក់វ៉ាក់សាំងដោយសុវត្ថិភាព។
- 6. (ក្នុងអំឡុងពេលចាក់វ៉ាក់សាំង) ត្រូវប្រាកដថាអ្នកត្រូវបានជូនដំណឹងអំពីការប្រុងប្រយ័ត្នមុន និងក្រោយពេលចាក់វ៉ាក់សាំងមុនពេលកូនរបស់អ្នកត្រូវបានចាក់វ៉ាក់សាំង។
- 7. (បន្ទាប់ពីពេលចាក់វ៉ាក់សាំង) ពិគ្រោះជាមួយនឹងគ្រូពេទ្យដែលពិនិត្យដំដើម្បីសម្រេចទៅលើការបរិច្ឆេទចាក់វ៉ាក់សាំងបន្ទាប់សម្រាប់កូនអ្នក។
- 8. (បន្ទាប់ពីពេលចាក់វ៉ាក់សាំង) សូមបន្តស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរយៈពេល 20 ទៅ 30 នាទីហើយអង្កេតមើលកូនរបស់អ្នកដើម្បីរកប្រតិកម្មអវិជ្ជមាន។
- 9. (នៅផ្ទះ) សូមតាមដានកូនរបស់អ្នកយ៉ាងប្រុងប្រយ័ត្នសម្រាប់រយៈពេលយ៉ាងហោចណាស់ ៣ ម៉ោងដើម្បីរករោគសញ្ញា។ ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកមានគ្រុនក្តៅខ្លាំងឬបង្ហាញរោគសញ្ញារាងកាយខុសធម្មតាណាមួយ សូមស្វែងរកការព្យាបាលសុខភាពភ្លាមៗ។
  - \* ប្រសិនបើអ្នកតម្រូវឱ្យមានសេវាបកប្រែភាសាផ្ទាល់មាត់សម្រាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំង សូមទាក់ទងទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលហៅទូរសព្ទ Danuri (1577-1366) ។

# របាយការណ៍បឋមស្តីពីការចាក់ថ្នាំបង្ការ

ឈ្មោះ:		លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ			(□ប្រុស □ស្រី)
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត		លេខកាតសម្គាល់ជនបរទេស			(□ប្រុស □ស្រី)
លេខទូរស័ព្ទ	(ផ្ទះ)	(លេខទូរស័ព្ទដៃ)		ទម្ងន់	kg

ការយល់ព្រម ប្រើប្រាស់ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន សម្រាប់សេវាចាក់ថ្នាំបង្ការ	សាមីខ្លួន (ឪពុកម្តាយ, អាណាព្យាបាល) យល់ព្រម ឃ
<p><b>យើងប្រមូលព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន និងព័ត៌មានសំខាន់ៗដូចជា លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ</b> ដោយយោងតាមមាត្រា32 នៃច្បាប់ស្តីពី ការបង្ការ និងគ្រប់គ្រងជំងឺឆ្លង និងមាត្រា32-3 អនុក្រឹត្យ នៃការអនុវត្តច្បាប់ដូចគ្នា។ <b>ព័ត៌មានដែលត្រូវប្រមូល គឺមានដូចខាងក្រោម :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>ការប្រមូលព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន - គោលបំណងនៃការប្រើប្រាស់ :</b> ការផ្ញើសាររំលឹកទាក់ទងនឹងកាលបរិច្ឆេទ ចាក់ថ្នាំបង្ការនាពេលខាងមុខ, សារបញ្ជាក់សម្រាប់ទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការ និងសារទាក់ទងនឹង ការតាមដាននៃជម្ងឺមិនល្អ បន្ទាប់ពីចាក់ថ្នាំបង្ការ។</li> <li>■ <b>ការប្រមូលព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន - ប្រភេទប្រើប្រាស់ :</b> ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន(រូបមាន លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ និងព័ត៌មានសំខាន់ៗ), លេខទូរស័ព្ទ (ផ្ទះ, ទូរស័ព្ទដៃ)</li> <li>■ <b>រយៈពេលនៃការរក្សាទុក និងការប្រើប្រាស់ :</b> 5 ឆ្នាំ</li> </ul>	
ខ្ញុំយល់ព្រមបញ្ជាក់ពីសេចក្តីល្អិតល្អនៃការចាក់ថ្នាំបង្ការជាមុន មុនពេលទទួលបានថ្នាំបង្ការតាមរយៈប្រព័ន្ធព័ត៌មានចុះបញ្ជីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ។	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ
* ប្រសិនបើអ្នក បដិសេធមិនយល់ព្រម, ការចាក់ថ្នាំបង្ការបន្ថែម ឬ ការចាក់ថ្នាំបង្ការ 2ប្រភេទក្នុងពេលតែមួយ អាចនឹងមិនចាំបាច់ចាក់។	
ខ្ញុំយល់ព្រម ទទួលយកសាររំលឹក អំពីការចាក់ថ្នាំបង្ការពេល វេលាខាងមុខ និង ការបញ្ជាក់អំពី ការទទួលបានថ្នាំបង្ការ។	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ
* ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ព្រមទទួលយកសាររំលឹក អ្នកនឹងមិនអាចទទួលបានព័ត៌មាន អំពីការចាក់ថ្នាំបង្ការដែលអ្នកមិនយល់ព្រម។	
ខ្ញុំយល់ព្រម ទទួលសារតាមទូរស័ព្ទដៃ នៃប្រតិកម្មមិនល្អ បន្ទាប់ពីការចាក់ថ្នាំបង្ការ។	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ
* ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ព្រមទទួលសាររំលឹក អ្នកនឹងមិនអាច ទទួលបានព័ត៌មាន អំពីប្រតិកម្មមិនល្អ បន្ទាប់ពីការចាក់ថ្នាំបង្ការ។	
សេចក្តីល្អិត ផ្ទៀងផ្ទាត់ មុនការចាក់ថ្នាំបង្ការពេល	សាមីខ្លួន (ឪពុកម្តាយ, អាណាព្យាបាល) យល់ព្រម ឃ
ថ្ងៃនេះ តើអ្នកឈឺនៅកន្លែងណា? សូមសរសេរពេលវេលាបស់អ្នក។ ( )	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ
តើអ្នកធ្លាប់មាន រោគសញ្ញាប្រតិកម្មអាស៊ែរ្យូមដូចជា ឡើងកន្ទួលក្រហម, ថ្នាំប្រឆាំងរោគសញ្ញា(រូបមាន)ដោយសារតែការចាក់ថ្នាំបង្ការឬទេ?	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ
តើអ្នកធ្លាប់មានប្រតិកម្មក្រោយការចាក់ថ្នាំបង្ការពីមុនទេ? ប្រសិនបើមាន សូមសរសេរឈ្មោះថ្នាំបង្ការ។ (ឈ្មោះថ្នាំបង្ការ: )	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ
តើអ្នកធ្លាប់ត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមាន ឬ ព្យាបាលជំងឺមិនប្រក្រតីពិកំណើត, ជំងឺហឺត និង សួត, បេះដូង, តំរង់នោម, បញ្ហាថ្លើម, ទឹកនោមផ្អែម និង ជំងឺមេតាបូលីក, ជំងឺឈាមដែរប្រេទ? ប្រសិនបើមាន សូមសរសេរប្រភេទជំងឺរបស់អ្នក។( )	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ
តើអ្នកមានជំងឺប្រកាច់ ឬ បញ្ហាប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទខ្លះៗ(រូបមាន) ឬ បញ្ហាប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទខ្លះៗ (រូបមាន) Guillain-Barre)ដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ
តើអ្នកមានជំងឺមហារីក, មហារីកឈាម ឬ ជំងឺប្រព័ន្ធភាពស៊ាំដែរឬទេ? ប្រសិនបើមាន សូមសរសេរប្រភេទជំងឺរបស់អ្នក។ (ឈ្មោះជំងឺ: )	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ
តើអ្នកធ្លាប់ទទួលការព្យាបាលដោយប្រើថ្នាំស្បៀង, ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺមហារីក ឬ ដោយវិទ្យុសកម្ម ក្នុងរយៈពេល១ខែចុងក្រោយនេះឬទេ?	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ
តើអ្នកធ្លាប់ បានទទួលការចាក់បញ្ចូលឈាម ឬ immunoglobulin សម្រាប់រយៈពេលមួយឆ្នាំ កន្លងមកដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ
ថ្មីៗនេះ តើអ្នកបានចាក់ថ្នាំបង្ការ ក្នុងអំឡុងពេលមួយខែមុន ដែរឬទេ? ប្រសិនបើមាន សូមសរសេរឈ្មោះថ្នាំបង្ការ។ (ឈ្មោះថ្នាំបង្ការ: )	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ
(ស្រី) តើឥឡូវនេះ អ្នកកំពុងមានគភ៌ ឬ វាអាចទៅរួចក្នុងការមានផ្ទៃពោះនៅខែបន្ទាប់ដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ
<p>ខ្ញុំយល់ព្រមទទួល ការចាក់ថ្នាំបង្ការ បន្ទាប់ពីបានស្តាប់លទ្ធផល របស់វេជ្ជបណ្ឌិត និង ការពន្យល់អំពីប្រតិកម្មមិនល្អ។</p> <p>សាមីខ្លួន(ឪពុកម្តាយ, អាណាព្យាបាល) ឈ្មោះ: (ហត្ថលេខា) ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ: ( )</p> <p>* ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកទើបនឹងកើត មិនទាន់ចុះបញ្ជីកំណើត សូមសរសេរលេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់( ) ថ្នាំ ខែ ថ្ងៃ</p>	

លទ្ធផលពិនិត្យមុន នៃការចាក់ថ្នាំបង្ការ (ដែលត្រូវបំពេញ ដោយគ្រូពេទ្យ)		ត្រួតពិនិត្យ ឃ
សីតុណ្ហភាពរាងកាយ: °C	ខ្ញុំបានពន្យល់អំពីប្រតិកម្មមិនល្អបន្ទាប់ពីទទួលបានការចាក់ថ្នាំបង្ការ	<input type="checkbox"/>
បានពន្យល់ថាត្រូវរងចាំក្នុងមណ្ឌលចាក់ថ្នាំបង្ការរយៈពេល20ទៅ30នាទីក្រោយពេលចាក់ថ្នាំរួចដើម្បីពិនិត្យមើលប្រតិកម្មមិនល្អដែលអាចកើតមាន។		<input type="checkbox"/>
លទ្ធផលនៃការវិនិច្ឆ័យ:		
ដោយផ្អែកលើសេចក្តីល្អិតល្អនៃអ្នកជំងឺ និងការពិនិត្យរាងកាយ អ្នកអាចទទួលបានការចាក់ថ្នាំបង្ការបាន។ ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត: (ហត្ថលេខា)		

# 자녀의 예방접종 기록을 확인하세요. 수용시설에서 태어난 어린이의 예방접종 기록 확인 방법

## ■ តើមានអត្ថប្រយោជន៍អ្វីខ្លះសម្រាប់ការចុះឈ្មោះតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកអំពីប្រវត្តិនៃការចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់កូនខ្ញុំ?

1. ការចុះឈ្មោះតាមអេឡិចត្រូនិកជួយការពារនូវកំហុសដែលអាចកើតឡើងក្នុងការចាក់វ៉ាក់សាំង កាត់បន្ថយការចាក់វ៉ាក់សាំង និងការចំណាយបន្ថែមដែលមិនចាំបាច់។

2. ប្រវត្តិនៃការចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់កូនអ្នកនឹងមាននៅលើគេហទំព័រជំនួយសម្រាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំង។

- ចុះឈ្មោះនៅលើគេហទំព័រជំនួយសម្រាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំង (<https://nip.kdca.go.kr>) ហើយចុះឈ្មោះកូនរបស់អ្នក ដើម្បីមើលប្រវត្តិនៃការចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់កូន
- (ចុះឈ្មោះកូនរបស់អ្នក) ចុះឈ្មោះចូលគេហទំព័រជំនួយសម្រាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំង → [គ្រប់គ្រងការចាក់វ៉ាក់សាំង] → [គ្រប់គ្រងការចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់កូនខ្ញុំ] → [ចុះទិន្នន័យរបស់កូនអ្នក]
- (មើលកំណត់ត្រារបស់កូនអ្នក) ចុះឈ្មោះចូលគេហទំព័រជំនួយសម្រាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំង → [គ្រប់គ្រងការចាក់វ៉ាក់សាំង] → [គ្រប់គ្រងការចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់កូនខ្ញុំ] → [មើលប្រវត្តិនៃការចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់កូនខ្ញុំ]

\* ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចមើលអំពីប្រវត្តិនៃការចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់កូនអ្នកនៅលើគេហទំព័រជំនួយសម្រាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំងទេ សូមស្នើសុំស្ថាប័នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលផ្តល់ការចាក់វ៉ាក់សាំងដើម្បីចុះឈ្មោះប្រវត្តិរបស់កូនតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក។  
 \* កំណត់ត្រានៃការចាក់វ៉ាក់សាំង មានគោលបំណងជួយអ្នកថែទាំគ្រប់គ្រងប្រវត្តិនៃការចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់កូនអ្នក។ កំណត់ត្រានៃការចាក់វ៉ាក់សាំងមិនអាចដាក់ស្នើជំនួសឱ្យ 'លិខិតបញ្ជាក់អំពីការចាក់វ៉ាក់សាំង' បានទេ។

3. 'លិខិតបញ្ជាក់អំពីការចាក់វ៉ាក់សាំង' អាចត្រូវបានចេញតាមអនឡាញដោយឥតគិតថ្លៃ (ជាភាសាកូរ៉េ ឬភាសាអង់គ្លេស)។

- ចុះឈ្មោះចូលគេហទំព័រជំនួយសម្រាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំង [គ្រប់គ្រងការចាក់វ៉ាក់សាំង] → [សេវាកម្មអេឡិចត្រូនិក] → [លិខិតបញ្ជាក់អំពីការចាក់វ៉ាក់សាំង]

4. ចុះឈ្មោះសម្រាប់សារវិទ្យាសាស្ត្រអំពីកាលបរិច្ឆេទនៃការចាក់វ៉ាក់សាំងបន្ទាប់របស់កូនអ្នក។

- ចុះឈ្មោះលេខទូរស័ព្ទដៃរបស់អ្នក (ឪពុកឬម្តាយ អ្នកថែទាំ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ) ជាមួយស្ថាប័នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលផ្តល់ការចាក់វ៉ាក់សាំង ដើម្បីទទួលបានសារវិទ្យាអំពីកាលបរិច្ឆេទនៃការចាក់វ៉ាក់សាំងបន្ទាប់របស់កូនអ្នកសម្រាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំងចាំបាច់។
- ប្រសិនបើអ្នកចង់ទទួលបានព័ត៌មាននេះជាភាសាកំណើតរបស់អ្នក សូមជូនដំណឹងដល់ស្ថាប័នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលផ្តល់ការចាក់វ៉ាក់សាំង។ អ្នកនឹងទទួលបានការជូនដំណឹងពីសារវិទ្យាអំពីកាលបរិច្ឆេទនៃការចាក់វ៉ាក់សាំង និងភាសាកំណើតរបស់អ្នក។
  - នៅពេលជ្រើសរើសភាសារបស់អ្នក ចុះឈ្មោះលេខទូរស័ព្ទដៃរបស់អ្នកថែទាំផ្សេងទៀតរបស់កូនអ្នក ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពី 'កាលបរិច្ឆេទនៃការចាក់វ៉ាក់សាំងបន្ទាប់' សម្រាប់លេខទូរស័ព្ទដៃនោះផងដែរ។
  - \* ភាសាដែលអាចប្រើបាន(12)៖ ទេចាល់, ឡាវ, ស្ប៉ូ, ម៉ុងហ្គោលី, វៀតណាម អង់គ្លេស, អ៊ីសបេក, ជប៉ុន, ខ្មែរ, តាកាឡុក

## ■ សូមទទួលបានលិខិតបញ្ជាក់អំពីការចាក់វ៉ាក់សាំង ប្រសិនបើត្រូវទៅប្រទេសកូរ៉េឬបន្ទាប់ពីរស់នៅក្រៅប្រទេស។

ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកបានទទួលការចាក់វ៉ាក់សាំងនៅក្រៅប្រទេស សូមទទួលបាន 'លិខិតបញ្ជាក់អំពីការចាក់វ៉ាក់សាំងជាភាសាអង់គ្លេស' ឬ 'ឯកសារដែលមានហត្ថលេខា ឬត្រាផ្ទៃការបញ្ជាក់វ៉ាក់សាំងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលផ្តល់ការចាក់វ៉ាក់សាំង' មុនពេលត្រឡប់ទៅប្រទេសកូរ៉េវិញ។ សូមស្នើសុំឱ្យមណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈដែលនៅជិតអ្នកឱ្យចុះឈ្មោះឯកសារតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក។

ដើម្បីការពារសុខភាពរបស់សិស្ស និងកុមារ និងដើម្បីទប់ស្កាត់ការរីករាលដាលនៃជំងឺឆ្លង សាធារណៈរដ្ឋកូរ៉េ តម្រូវឱ្យសិស្សដែលស្ថិតក្នុងការថែទាំពេលថ្ងៃ ថ្នាក់បឋមសិក្សា ឬអនុវិទ្យាល័យ ត្រូវដាក់លិខិតបញ្ជាក់អំពីការចាក់វ៉ាក់សាំង ដើម្បីបញ្ជាក់\* ថាសិស្សទាំងអស់បានបញ្ចប់ការចាក់វ៉ាក់សាំងដែលជាតម្រូវការ។ សិស្សដែលមានកំណត់ត្រាចាក់វ៉ាក់សាំងពេញលេញនៅលើគេហទំព័រជំនួយសម្រាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំង មិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យដាក់បញ្ជូន <លិខិតបញ្ជាក់អំពីការចាក់វ៉ាក់សាំង> ទៅកាន់សាលារបស់កូនទេ។  
 \* មូលដ្ឋានច្បាប់៖ មាត្រា ៣១ នៃច្បាប់ស្តីពីការគ្រប់គ្រង និងបង្ការជំងឺឆ្លង មាត្រា ១០ នៃច្បាប់ស្តីពីសុខភាពនៅសាលារៀន និងមាត្រា 31 នៃច្បាប់ស្តីពីការថែទាំកុមារ

# ការណែនាំអំពីកម្មវិធីចាក់វ៉ាក់សាំងថ្នាក់ជាតិ 국가예방접종 사업안내

## ▶ កម្មវិធីចាក់វ៉ាក់សាំងថ្នាក់ជាតិសម្រាប់កុមារ

ដើម្បីការពារកូនរបស់អ្នកពីជំងឺឆ្លងការចាក់វ៉ាក់សាំងចាំបាច់នានាត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយមិនគិតថ្លៃ។

- **សិទ្ធិទទួលបានវ៉ាក់សាំង៖** កុមារដល់ទៅអាយុ 12 ឆ្នាំ។  
 \* សូមទាក់ទងទៅកាន់មណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈដែលនៅជិតបំផុត ឬទៅកាន់ស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រដែលទទួលបានការចាត់តាំង ដើម្បីស្នើសុំអំពីសិទ្ធិទទួលបានវ៉ាក់សាំងដោយឥតគិតថ្លៃ នៅក្នុងឆ្នាំនេះ។
- **ព័ត៌មានលម្អិតអំពីកម្មវិធី៖** ការផ្តល់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភពេញលេញសម្រាប់ចំណាយទៅលើវ៉ាក់សាំងដែលមិនស្ម័គ្រចិត្ត។
- **វ៉ាក់សាំងដល់ស្តុករដ្ឋបាល៖** 18

ជំងឺរបេង (BCG ចាក់ចូលស្បែក) ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B (HepB) រោគខាន់ស្លាក់/តេតាណូស/ក្អកមាន់ (DTap) តេតាណូស/ខាន់ស្លាក់ (Td) តេតាណូស/ខាន់ស្លាក់/ក្អកមាន់ (Tdap) ជំងឺស្លឹតដៃដើង (IPV) រោគខាន់ស្លាក់/តេតាណូស/ក្អកមាន់/ជំងឺគ្រុនស្លឹតដៃដើង (DTaP-IPV) រោគខាន់ស្លាក់/តេតាណូស/ក្អកមាន់/ជំងឺគ្រុនស្លឹតដៃដើង/ជំងឺគ្រុនផ្តាសាយ hemophilus ប្រភេទ B (DTaP-IPV / Hib) ជំងឺគ្រុនផ្តាសាយធំ hemophilus ប្រភេទ B (Hib) ជំងឺ pneumococcal conjugate (PCV) រីតាវិរុស (RV) កញ្ជ្រើល/ស្រឡាច/ស្រូច (MMR) វារីសេលា (VAR) ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ A (HepA) វ៉ាក់សាំងរលាកខួរក្បាលអសកម្ម (IJEV) វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺរលាកខួរក្បាល (LJEV) វីរុស papillomavirus ក្នុងមនុស្ស (HPV) គ្រុនផ្តាសាយ (IIV)

\* ការណែនាំអាយុអនុវត្តសម្រាប់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភទៅលើវ៉ាក់សាំងជាតិសម្រាប់កុមារ BCG សម្រាប់ចាក់ចូលស្បែក pneumococcal conjugate និងគ្រុនផ្តាសាយ hemophilus ប្រភេទ B និង ជំងឺរលាកថ្លើម A

- **អ្នកផ្តល់សេវាចាក់វ៉ាក់សាំង៖** មជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈដែលនៅជិតអ្នក ឬស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រដែលបានចាត់តាំង  
 \* ដើម្បីស្វែងរកស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រក្រោមការចាត់តាំងនៅជិតអ្នក សូមពិគ្រោះជាមួយនឹងគេហទំព័រជំនួយដល់ការចាក់វ៉ាក់សាំង (<https://nip.kdca.go.kr>)  
 \* មជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈដែលរដ្ឋាភិបាលក្នុងតំបន់ជាក់លាក់ដំណើរការ អាចនឹងមិនផ្តល់ការចាក់វ៉ាក់សាំងនោះទេ។ សូមពិនិត្យមើលមុនពេលអ្នកទៅជួប

## ▶ កម្មវិធីបង្ការការឆ្លងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B

ដើម្បីបង្ការការឆ្លងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B នៅក្នុងទារកដែលទើបតែកើតពីម្តាយដែលមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ថ្ងៃនៃការចាក់ជូនថ្នាំ immunoglobulins ពេលកើត ការចាក់វ៉ាក់សាំងប្រឆាំងនឹងជំងឺថ្លើមប្រភេទ B និងអង់ទីហ្សែន និងការធ្វើតេស្តអង់ទីកម្រិតបានឧបត្ថម្ភពេញលេញ។

- **សិទ្ធិទទួលបាន៖** ទារកទើបកើត ដែលមានផ្ទៃអង់ទីហ្សែននៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B (HBsAg) ឬម្តាយដែលមានអ៊ី-អង់ទីហ្សែន (HBeAg)  
 - ម្តាយដែលបានបញ្ជូនរបាយការណ៍ធ្វើតេស្តមុនពេលមានផ្ទៃពោះក្នុងអំឡុងពេលពោះ\* ហើយបានផ្តល់ការយល់ព្រមក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន  
 \* លទ្ធផលវិជ្ជមាននៃផ្ទៃអង់ទីហ្សែន (HBsAg) ឬអ៊ី-អង់ទីហ្សែន (HBeAg) របស់ម្តាយក្នុងអំឡុងពេលពោះ ឬ ក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីសម្រាលកូនហើយ។
- **ព័ត៌មានលម្អិតអំពីកម្មវិធី៖**  
 ① ការចាក់បញ្ចូលអង់ទីកម្រិតមួយលើកនៅពេលកើត ② ការចាក់វ៉ាក់សាំងគោលចំនួន 3 (នៅអាយុ 0, 1 និង 6 ខែ) និង ③ 1 អង់ទីកម្រិតប្រឆាំងនឹងជំងឺថ្លើមប្រភេទ B /ការធ្វើតេស្តអង់ទីកម្រិតបន្ទាប់ពីការចាក់វ៉ាក់សាំងគោល  
 \* ប្រាក់ឧបត្ថម្ភបន្ថែមសម្រាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំងឡើងវិញ (ដល់ទៅ 3 ដង) ហើយការពិនិត្យឡើងវិញ (ដល់ទៅ 2 ដង) អាស្រ័យលើលទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តអង់ទីហ្សែន និងអង់ទីកម្រិតក្នុងរយៈពេល។  
 ● **អ្នកផ្តល់សេវាចាក់វ៉ាក់សាំង៖** មជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈដែលនៅជិតអ្នក ឬស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រដែលទទួលបានការចាត់តាំង  
 \* ដើម្បីស្វែងរកស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រក្រោមការចាត់តាំងនៅជិតអ្នក សូមពិគ្រោះជាមួយនឹងគេហទំព័រជំនួយដល់ការចាក់វ៉ាក់សាំង (<https://nip.kdca.go.kr>)  
 \* មជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈ ដែលរដ្ឋាភិបាលក្នុងតំបន់មួយចំនួនដំណើរការ អាចនឹងមិនផ្តល់ការពិនិត្យសុខភាពនោះទេ។ សូមពិនិត្យមុនពេលទៅជួប

# គម្រោងការជាតិ ពីការគាំទ្រការចាក់ថ្នាំបង្ការ 국가예방접종 지원사업

## » កម្មវិធីចាក់វ៉ាក់សាំងមេរោគ Papillomavirus របស់មនុស្សថ្នាក់ជាតិ (HPV)

ថ្ងៃចំណាយលើវ៉ាក់សាំង HPV ដើម្បីបង្ការជំងឺមហារីកដុះជាដំងើមហារីកក្បាល ដែលកើតឡើងដោយសារការឆ្លងវីរុស papillomavirus មនុស្ស (HPV) ត្រូវបានឧបត្ថម្ភយ៉ាងពេញលេញ ។

- **សិទ្ធិទទួលបាន៖** ក្មេងស្រីដែលមានអាយុពី 12 ដល់ 17 ឆ្នាំ ដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប\* ស្រ្តីដែលមានអាយុពី 18 ដល់ 26 ឆ្នាំ  
\* អត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខជីវភាពរស់នៅជាគោល និងបុគ្គលដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប (50% ឬតិចជាង 50% នៃចំនួនប្រាក់ចំណូលកណ្តាលជាស្តង់ដារនៅក្រោម "ច្បាប់សន្តិសុខជីវភាពរស់នៅជាគោលថ្នាក់ជាតិ")  
\* សូមទាក់ទងទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈដែលនៅជិតអ្នក ឬទៅកាន់ស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រដែលទទួលបានការចាត់តាំងសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នេះ។
- **ព័ត៌មានលម្អិតរបស់កម្មវិធី៖** ប្រាក់ឧបត្ថម្ភពេញលេញសម្រាប់ថ្លៃ វ៉ាក់សាំងការពារការឆ្លងជំងឺ papillomavirus របស់មនុស្ស (HPV)។\*  
\* ប្រាក់ឧបត្ថម្ភយោងទៅតាមស្តង់ដារនៃការចាក់វ៉ាក់សាំង៖ ការចាក់ ២ ដងតាមភាពចាំបាច់ប្រសិនបើអាយុនៅពេលចាក់លើកដំបូងគឺអាយុ 14 ឆ្នាំឬតិចជាងនេះ។ ចាក់ 3 ដងតាមភាពចាំបាច់ប្រសិនបើអាយុនៅពេលចាក់លើកដំបូងគឺ 15 ឆ្នាំឬច្រើនជាងនេះ។  
\* ការប្រើក្បាលសុខភាពដែលផ្តល់ជូនម្ចាស់មួយនឹង HPV សម្រាប់មនុស្សវ័យជំទង់ជាស្រ្តីដែលមានអាយុ 12 ឆ្នាំឬចាស់ជាងនេះ។
- **វ៉ាក់សាំងដែលផ្តល់ជូន៖** Cobarix (HPV2), Gardasil (HPV4)  
\* វ៉ាក់សាំង HPV 9 មិនមានសិទ្ធិទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភនោះទេ។
- **អ្នកផ្តល់សេវាចាក់វ៉ាក់សាំង៖** មជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈដែលនៅជិតអ្នក ឬស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រដែលទទួលបានការចាត់តាំង  
\* ដើម្បីស្វែងរកស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រក្រោមការចាត់តាំងនៅជិតអ្នក សូមពិគ្រោះជាមួយនឹងគេហទំព័រជំនួយដល់ការចាក់វ៉ាក់សាំង (<https://nip.kdca.go.kr>)  
\* មណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈដែលដំណើរការដោយរដ្ឋាភិបាលក្នុងតំបន់មួយចំនួនប្រហែលជាមិនអាចផ្តល់ការពិនិត្យបានទេ។ សូមពិនិត្យមើលមុនពេលចូលជួប

## » កម្មវិធីចាក់វ៉ាក់សាំងជំងឺគ្រុនផ្តាសាយធំថ្នាក់ជាតិ

ដើម្បីការពារការឆ្លងជំងឺគ្រុនផ្តាសាយធំ តម្លៃវ៉ាក់សាំងគ្រុនផ្តាសាយធំសម្រាប់កុមារ និងមនុស្សចាស់ និងស្រ្តីដែលមានផ្ទៃពោះដែលប្រឈមនឹងបញ្ហាសុខភាពត្រូវបានឧបត្ថម្ភពេញលេញ។

- \* កម្មវិធីចាក់វ៉ាក់សាំងគ្រុនផ្តាសាយធំមានប្រតិបត្តិការតាមរដូវ។ សូមពិគ្រោះជាមួយនឹងគេហទំព័រជំនួយដល់ការចាក់វ៉ាក់សាំងនៅជិតខែកញ្ញានៃឆ្នាំនីមួយៗដើម្បីរកកាលវិភាគកម្មវិធី។
- **សិទ្ធិទទួលបាន៖** កុមារអាយុពី 6 ខែដល់ 13 ឆ្នាំ ស្រ្តីមានផ្ទៃពោះ មនុស្សចាស់អាយុ ៦៥ ឆ្នាំឡើងទៅ  
\* សូមទាក់ទងទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈដែលនៅជិតអ្នក ឬទៅកាន់ស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រដែលទទួលបានការចាត់តាំងសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នេះ។
- **ព័ត៌មានលម្អិតអំពីកម្មវិធី៖** ការចាក់វ៉ាក់សាំងគ្រុនផ្តាសាយធំ 1 លើក ក្នុងមួយរដូវ  
\* វ៉ាក់សាំង 2 លើកសម្រាប់បុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន ដែលមានអាយុពី 6 ខែដល់ ៨ ឆ្នាំ ដែលទទួលបានវ៉ាក់សាំងគ្រុនផ្តាសាយធំលើកដំបូងរបស់ពួកគេ។
- **អ្នកផ្តល់សេវាចាក់វ៉ាក់សាំង៖** មជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈដែលនៅជិតអ្នក ឬស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រដែលទទួលបានការចាត់តាំង  
\* ដើម្បីស្វែងរកស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រក្រោមការចាត់តាំងនៅជិតអ្នក សូមពិគ្រោះជាមួយនឹងគេហទំព័រជំនួយដល់ការចាក់វ៉ាក់សាំង (<https://nip.kdca.go.kr>)  
\* មជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈ ដែលរដ្ឋាភិបាលក្នុងតំបន់មួយចំនួនដំណើរការ អាចនឹងមិនផ្តល់ការពិនិត្យសុខភាពនេះទេ។ សូមពិនិត្យមុនពេលទៅជួប

# កម្មវិធីតាមដានការចាក់វ៉ាក់សាំងសម្រាប់សិស្សដែលរៀននៅសាលាបឋមសិក្សា ឬអនុវិទ្យាល័យ 초·중학교 입학생 예방접종 확인사업

## » កម្មវិធីតាមដានការចាក់វ៉ាក់សាំងសម្រាប់សិស្សដែលរៀននៅសាលាបឋមសិក្សា ឬអនុវិទ្យាល័យ

ដើម្បីការពារការរីករាលដាលនៃជំងឺឆ្លងនៅសាលារៀន កំណត់ត្រាចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់សិស្ស ដែលចូលរៀនថ្នាក់បឋមសិក្សា ឬ សាលាអនុវិទ្យាល័យត្រូវបានត្រួតពិនិត្យ\* ហើយសិស្សដែលមិនបានចាក់វ៉ាក់សាំងត្រូវបានជំរុញឱ្យទៅចាក់វ៉ាក់សាំង។

\* «ច្បាប់ស្តីអំពីការបង្ការនិងការគ្រប់គ្រងជំងឺឆ្លង» ប្រការទី 31 (ការបញ្ជាក់អំពីការចាក់វ៉ាក់សាំងចប់សព្វគ្រប់), «ច្បាប់ស្តីអំពីការកត់ត្រាភាពពេញលេញនៃការចាក់វ៉ាក់សាំង» មាត្រា 10 (ការអង្កេតលើភាពពេញលេញនៃការចាក់វ៉ាក់សាំង)

- **សិទ្ធិទទួលបាន៖** សិស្សដែលចូលរៀនថ្នាក់បឋមសិក្សា និង អនុវិទ្យាល័យក្នុងឆ្នាំបច្ចុប្បន្ន
- **ការចាក់វ៉ាក់សាំងដែលតម្រូវឱ្យមាន៖**
  - **(សាលាបឋមសិក្សា)** ការចាក់វ៉ាក់សាំងដែលជាការតម្រូវចំនួន 4 សម្រាប់កុមារអាយុពី 4 ដល់ 6 ឆ្នាំ  
\* DTaP ជុំទី 5, IPV ជុំទី 4, MMR ជុំទី 2, វ៉ាក់សាំងជំងឺរលាកខួរក្បាលអសកម្ម ជុំទី 4 (ឬវ៉ាក់សាំងដែលប្រើវីរុសអសកម្ម ជុំទី 2)
  - **(សាលាអនុវិទ្យាល័យ)** ការចាក់វ៉ាក់សាំងដែលជាការតម្រូវចំនួន 3 សម្រាប់កុមារដែលមានអាយុ 11 និង 12 ឆ្នាំ។  
\* Tdap(or TD) ៦th round, inactivated Japanese encephalitis vaccine ៥th round (or live-attenuated vaccine ៦th round), HPV ១st round (female students)
- **ព័ត៌មានលម្អិតអំពីកម្មវិធី៖**

មជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈនិងសាលារៀនប្រើប្រាស់ទិន្នន័យអំពីសិស្សថ្មីពីក្រសួងអប់រំ និងទិន្នន័យការចាក់វ៉ាក់សាំងពីមជ្ឈមណ្ឌលបង្ការនិងគ្រប់គ្រងជំងឺឆ្លងរបស់កូរ៉េ ដើម្បីបញ្ជាក់ការចាក់វ៉ាក់សាំង។ សិស្សដែលមិនបានចាក់វ៉ាក់សាំងត្រូវបានជំរុញឱ្យទទួលវ៉ាក់សាំង ហើយនឹងទទួលបានព័ត៌មានអំពីរបៀបទទួលបានវ៉ាក់សាំងនេះ។

  - \* សិស្សដែលមានកំណត់ត្រាចាក់វ៉ាក់សាំងពេញលេញនៅលើគេហទំព័រជំនួយសម្រាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំង មិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យបញ្ជូន <លិខិតបញ្ជាក់អំពីការចាក់វ៉ាក់សាំង> ទៅកាន់សាលារបស់ពួកគេទេ។
  - \* <បុគ្គលដែលទាស់នឹងការចាក់វ៉ាក់សាំង> ត្រូវតែ ស្នើសុំស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រដែលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ (ឬស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រដែលផ្តល់ការចាក់វ៉ាក់សាំង) ឱ្យចុះបញ្ជី <ស្ថានភាពទាស់នឹងការចាក់វ៉ាក់សាំង> របស់ពួកគេ។ ប្រសិនបើស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រមិនអាចចុះបញ្ជី <ស្ថានភាពទាស់នឹងការចាក់វ៉ាក់សាំង> របស់សិស្សតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកទេ នោះ សិស្សត្រូវតែទទួលបានវិញ្ញាបនបត្រវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលបញ្ជាក់ <ស្ថានភាពទាស់នឹងការចាក់វ៉ាក់សាំង> ហើយដាក់បញ្ជូនវិញ្ញាបនបត្រដូចគ្នានេះទៅសាលាបន្ទាប់ពីចូលរៀន។

If the medical institution cannot electronically register a student's <Immunization Contraindications>, the student must receive a medical certificate specifying the <Immunization Contraindications> and submit the same to the school after admission

▶ **បុគ្គលដែលមានស្ថានភាពទាស់នឹងការចាក់វ៉ាក់សាំង៖**

- បុគ្គលដែលមានអារម្មណ៍ប្រឡាក់ប្រឡាយ (anaphylaxis) ទៅនឹងវ៉ាក់សាំង ឬ មានប្រតិកម្មអារម្មណ៍ប្រឡាក់ប្រឡាយបន្ទាប់ពីការចាក់វ៉ាក់សាំងមុន។
- បុគ្គលដែលធ្លាប់កើតមានជំងឺខួរក្បាលដោយមិនដឹងមូលហេតុ ក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីផ្តល់ជូនវ៉ាក់សាំងក្នុងករណី។  
\* ស្ថានភាពបណ្តោះអាសន្នដូចជា គ្រុនក្តៅខ្លាំង ឬ ការផ្តល់ជូនប្រូតេអ៊ីន immunoglobulins និងប្រតិកម្មនឹងស៊ុត ឬ ជំងឺត្រអក ដែលមិនមែនជាស្ថានភាពទាស់នឹងការចាក់វ៉ាក់សាំង។

표준예방접종일정표 (2024)  
 มาตรฐานการฉีดวัคซีนตามมาตรฐาน (2024)

대상 감염병	백신 종류 및 방법	회수	출생시	4주 이내	1개월	2개월	4개월	6개월	15개월	18개월	19~23개월	24~35개월	4세	6세	11세	12세
대상 감염병	백신 종류 및 방법	회수	출생시	4주 이내	1개월	2개월	4개월	6개월	15개월	18개월	19~23개월	24~35개월	4세	6세	11세	12세
B형간염 (HBV)	HepB (HepB 3차)	3	HepB 1차 (HepB 1차)	HepB 2차 (HepB 2차)	HepB 3차 (HepB 3차)											
결핵 (Tb)	BCG (BCG 1차)	1	BCG 1차 (BCG 1차)													
디프테리아, 디프테리아, 파상풍, 디프테리아, 백일해, 디프테리아	DTap	5	DTap 1차 (DTap 1차)	DTap 2차 (DTap 2차)	DTap 3차 (DTap 3차)											
홍역, 디프테리아, 파상풍, 디프테리아, 백일해, 디프테리아	Tdap/Td	1														Tdap/Td 6차 (Tdap/Td 6차)
폴리오미엘라이트	IPV	4														
B형헤르페스인플루엔자, 디프테리아, 파상풍, 디프테리아, 백일해, 디프테리아	Hib	4														
패혈균 감염증, 카탈로니아, 디프테리아, 파상풍, 디프테리아, 백일해, 디프테리아	PCV	4														
홍역, 디프테리아, 파상풍, 디프테리아, 백일해, 디프테리아	PPSV	-														
로타바이러스 감염증, 카탈로니아, 디프테리아, 파상풍, 디프테리아, 백일해, 디프테리아	RV1	2														
로타바이러스 감염증, 카탈로니아, 디프테리아, 파상풍, 디프테리아, 백일해, 디프테리아	RV5	3														
홍역, 디프테리아, 파상풍, 디프테리아, 백일해, 디프테리아	MMR	2														
수두, 디프테리아, 파상풍, 디프테리아, 백일해, 디프테리아	VAR	1														
A형간염 (HAV)	HepA	2														
일본뇌염 (JE)	JEV	5														
일본뇌염 (JE)	LJEV	2														
사람유두종바이러스 감염증, 카탈로니아, 디프테리아, 파상풍, 디프테리아, 백일해, 디프테리아	HPV	2														
인플루엔자, 폐렴구균	IV	-														

- 국가예방접종: 국가에서 권장하는 필수예방접종(국가감염병 예방 및 관리에 관한 법률)을 통해 예방접종 대상 감염병과 예방접종 실시기준 및 방법을 정하고, 이를 근거로 재원을 마련하여 지원하고 있음. 국가예방접종 대상 감염병에 대한 예방접종 대상 감염병 예방접종 실시기준 및 방법을 정하고, 이를 근거로 재원을 마련하여 지원하고 있음.
- 기타예방접종: 예방접종 대상 감염병 및 지정감염병 (a)의 감염병으로 민간 의료기관에서 접종 가능한 경우 예방접종 대상 감염병 예방접종 실시기준 및 방법을 정하고, 이를 근거로 재원을 마련하여 지원하고 있음.
- DTap, IPV, Hib 백신은 예방접종일정에 따라 DTap-IPV(디프테리아, 파상풍, 백일해, 폴리오) 또는 DTap-IPV/Hib(디프테리아, 파상풍, 백일해, 폴리오) 또는 DTap-IPV/Hib(디프테리아, 파상풍, 백일해, 폴리오) 혼합백신으로 접종 가능함. DTap, IPV, Hib 백신은 예방접종일정에 따라 DTap-IPV(디프테리아, 파상풍, 백일해, 폴리오) 또는 DTap-IPV/Hib(디프테리아, 파상풍, 백일해, 폴리오) 또는 DTap-IPV/Hib(디프테리아, 파상풍, 백일해, 폴리오) 혼합백신으로 접종 가능함.

국가예방접종 지원백신

대상 감염병	백신 종류 및 방법	회수	출생시	4주 이내	1개월	2개월	4개월	6개월	12개월	15개월	18개월	19~23개월	24~35개월	4세	6세	11세	12세
디프테리아, 디프테리아, 파상풍, 디프테리아, 백일해, 디프테리아	DTap	5															
폴리오미엘라이트	IPV	4															
B형헤르페스인플루엔자, 디프테리아, 파상풍, 디프테리아, 백일해, 디프테리아	Hib	4															
패혈균 감염증, 카탈로니아, 디프테리아, 파상풍, 디프테리아, 백일해, 디프테리아	PCV	4															
홍역, 디프테리아, 파상풍, 디프테리아, 백일해, 디프테리아	PPSV	-															
로타바이러스 감염증, 카탈로니아, 디프테리아, 파상풍, 디프테리아, 백일해, 디프테리아	RV1	2															
로타바이러스 감염증, 카탈로니아, 디프테리아, 파상풍, 디프테리아, 백일해, 디프테리아	RV5	3															
홍역, 디프테리아, 파상풍, 디프테리아, 백일해, 디프테리아	MMR	2															
수두, 디프테리아, 파상풍, 디프테리아, 백일해, 디프테리아	VAR	1															
A형간염 (HAV)	HepA	2															
일본뇌염 (JE)	JEV	5															
일본뇌염 (JE)	LJEV	2															
사람유두종바이러스 감염증, 카탈로니아, 디프테리아, 파상풍, 디프테리아, 백일해, 디프테리아	HPV	2															
인플루엔자, 폐렴구균	IV	-															

어린이 국가예방접종사업 안내  
 แนวทางการฉีดวัคซีนในเด็ก

예방접종은 예방접종 대상 감염병으로부터 아이들을 보호할 수 있는 안전하고 효과적인 방법으로, 어린이 감염병 예방을 위해 국가에서 예방접종비용을 전액 지원하고 있습니다.  
 การฉีดวัคซีนเป็นการเสริมภูมิคุ้มกันโรคของเด็กเพื่อป้องกันโรคติดต่อซึ่งต้องฉีดวัคซีนซึ่งเป็นวิธีปลอดภัยและได้ประสิทธิภาพ ทางรัฐบาลจึงให้การสนับสนุนเงินช่วยเหลือค่าใช้จ่ายทั้งหมดให้ฉีดวัคซีนฟรี

국가예방접종 지원백신

어린이가 건강한 대한민국  
 มาตรฐานการฉีดวัคซีนตามมาตรฐาน (2024)

대상 감염병	백신 종류 및 방법	회수	출생시	4주 이내	1개월	2개월	4개월	6개월	12개월	15개월	18개월	19~23개월	24~35개월	4세	6세	11세	12세
디프테리아, 디프테리아, 파상풍, 디프테리아, 백일해, 디프테리아	DTap	5															
폴리오미엘라이트	IPV	4															
B형헤르페스인플루엔자, 디프테리아, 파상풍, 디프테리아, 백일해, 디프테리아	Hib	4															
패혈균 감염증, 카탈로니아, 디프테리아, 파상풍, 디프테리아, 백일해, 디프테리아	PCV	4															
홍역, 디프테리아, 파상풍, 디프테리아, 백일해, 디프테리아	PPSV	-															
로타바이러스 감염증, 카탈로니아, 디프테리아, 파상풍, 디프테리아, 백일해, 디프테리아	RV1	2															
로타바이러스 감염증, 카탈로니아, 디프테리아, 파상풍, 디프테리아, 백일해, 디프테리아	RV5	3															
홍역, 디프테리아, 파상풍, 디프테리아, 백일해, 디프테리아	MMR	2															
수두, 디프테리아, 파상풍, 디프테리아, 백일해, 디프테리아	VAR	1															
A형간염 (HAV)	HepA	2															
일본뇌염 (JE)	JEV	5															
일본뇌염 (JE)	LJEV	2															
사람유두종바이러스 감염증, 카탈로니아, 디프테리아, 파상풍, 디프테리아, 백일해, 디프테리아	HPV	2															
인플루엔자, 폐렴구균	IV	-															

무료 접종 지정 의료기관

- 지정 의료기관은 예방접종도우미 누리집(<https://nip.kdca.go.kr>)에서 확인할 수 있습니다.
- สถานการแพทย์ที่กำหนดจะค้นหาได้ผ่านเว็บไซต์ผู้ช่วยหรือการฉีดวัคซีน(<https://nip.cdc.go.kr>)
  - \* 지정 의료기관 방문 전 접종 가능한 백신 종류를 확인하시기 바랍니다.
  - \* โปรดตรวจสอบชนิดวัคซีนที่สามารถฉีดได้ก่อนที่จะไปสถานการแพทย์ที่กำหนด
- 지정 의료기관 정보는 한국어로 제공됩니다.
  - \* ข้อมูลสถานการแพทย์ที่กำหนดให้บริการเฉพาะภาษาไทย
- 부득이한 사유로 출생신고가 1개월 이상 지연되었다면 보건소에서 예방접종을 위한 임시관리번호를 발급받으면 무료 접종 가능합니다.
- หากการจดทะเบียนเกิดล่าช้าเกินหนึ่งเดือนเนื่องจากเหตุผลที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ คุณสามารถรับการฉีดวัคซีนได้ฟรี หากคุณได้รับ 'หมายเลขการจัดการชั่วคราว' สำหรับการฉีดวัคซีนจากศูนย์บริการสาธารณสุข
- 접종기관에서 전산등록한 자녀의 예방접종 기록은 예방접종도우미 누리집에서 확인할 수 있습니다. 예방접종을 완료하지 않은 경우, 가까운 보건소 또는 지정 의료기관을 방문하여 무료접종 받으시기 바랍니다. 만약 예방접종을 완료하였으나 전산등록이 누락된 경우 접종기관에 전산등록을 요청하시기 바랍니다(한국어만 지원).
- ประวัติการฉีดวัคซีนของลูกที่ลงทะเบียนทางคอมพิวเตอร์ที่สถานการฉีดวัคซีนสามารถดูได้จากเว็บไซต์ของผู้ช่วยการฉีดวัคซีน หากคุณยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีน โปรดไปที่ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ใกล้ที่สุดหรือสถานการแพทย์ที่กำหนดเพื่อรับการฉีดวัคซีนฟรี หากคุณทำวัคซีนเสร็จแล้วแต่ไม่มีการลงทะเบียนทางคอมพิวเตอร์ โปรดขอการลงทะเบียนทางคอมพิวเตอร์จากสถานการฉีดวัคซีน(ให้บริการเฉพาะภาษาไทย).
- 더 궁금한 사항은 인터넷 예방접종도우미 누리집 통해 확인하거나 전화로 문의주세요
- สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม โปรดตรวจสอบเว็บไซต์ของผู้ช่วยหรือการฉีดวัคซีนหรือติดต่อเราทางโทรศัพท์

누리집: <https://nip.kdca.go.kr> | 전화번호: 043-719-8398~8399 | 다누리콜센터: 1577-1366  
 เว็บไซต์: <https://nip.cdc.go.kr> | เบอร์โทรศัพท์: 043-719-8397~8399 | สายด่วน ดา누리: 1577-1366

# คู่มือขั้นตอนการฉีดวัคซีน (สำหรับผู้ปกครองของครอบครัวหลากหลายวัฒนธรรม)

1. กรุณาอ่าน 'แบบสอบถามเพื่อตรวจคัดกรองการฉีดวัคซีน' ตามภาษาแม่ของคุณ และกรอกข้อมูลลงใน 'แบบสอบถามเพื่อตรวจคัดกรองการฉีดวัคซีน (เกาหลี)'

## <ขั้นตอนปฏิบัติในการกรอกข้อมูลลงในแบบสอบถามเพื่อตรวจคัดกรองการฉีดวัคซีน>

- ① กรุณาระบุชื่อของคุณเป็นภาษาเกาหลีหรืออังกฤษ
- ② กรุณาระบุหมายเลขทะเบียนผู้พำนัก (หมายเลขทะเบียนคนต่างด้าว) ของลูกของคุณ หากลูกของคุณไม่มีหมายเลขทะเบียนผู้พำนัก (หมายเลขทะเบียนคนต่างด้าว) กรุณาระบุ 'หมายเลขการจัดการชั่วคราว' ที่ออกให้โดยศูนย์บริการสาธารณสุขเพื่อการฉีดวัคซีนสร้างภูมิคุ้มกัน
- ③ หากวันเกิดของลูกของคุณในทะเบียนผู้พำนักแตกต่างจากวันเกิดจริงของลูก กรุณาระบุวันเกิดจริงไว้ในช่องข้อความที่ระบุไว้
  - \* ตารางการฉีดวัคซีนสร้างภูมิคุ้มกันของลูกของคุณจะถูกกำหนดตามวันเกิดจริงของเด็ก หากวันเกิดจริงของลูกของคุณแตกต่างจากวันเกิดระบุในทะเบียนผู้พำนัก กรุณาอัปเดตวันเกิดที่ศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้เคียง หรือนำเอกสารที่จำเป็นไปด้วย (ในรับรองการเกิด ฯลฯ)
- ④ หากลูกของคุณป่วย กรุณาระบุอาการดังต่อไปนี้:

1. ใช่	2. โอ	3. เฉียบค	4. กึ่งร่วม	5. ปวดท้อง
6. อาเจียน	7. ปวดศีรษะ	8. อ่อนเพลีย	9. อื่นๆ	

■ กรุณาจดจำข้อมูลต่อไปนี้ เมื่อกรอกข้อมูลลงใน 'แบบสอบถามเพื่อตรวจคัดกรองการฉีดวัคซีน!'
 

- ตรวจสอบให้แน่ใจว่าได้ทำเครื่องหมายที่ 'ยินยอมที่จะเปิดเผยหมายเลขโทรศัพท์มือถือและรับข้อความสั้น'
- กรุณาระบุภาษาที่คุณต้องการรับข้อมูล
- คุณจะได้รับข้อมูลที่เกี่ยวกับ 'ชื่อของการฉีดวัคซีนครั้งต่อไปและวันที่ฉีดวัคซีน' ตามภาษาที่เลือกไว้
- เมื่อเลือกภาษาของคุณ ให้ส่งทะเบียนหมายเลขโทรศัพท์มือถือของผู้ดูแลลูกของคุณคนอื่นเพื่อให้ได้รับข้อมูล 'วันที่ฉีดวัคซีนครั้งต่อไป' ที่จะส่งไปตามหมายเลขโทรศัพท์ที่ได้รับไว้ด้วย

2. กรุณาอ่านหน้าห้องตรวจจนกว่าจะเรียกชื่อของคุณ
3. (ก่อนฉีดวัคซีน) ตรวจสอบประวัติการฉีดวัคซีนที่ผ่านมาของลูกของคุณ เพื่อดูว่าเคยฉีดวัคซีนเหมือนกันหรือไม่
  - \* หมอที่ตรวจคัดกรองสามารถสอบถามประวัติการฉีดวัคซีนที่ผ่านมาของลูกของคุณได้ผ่านระบบคอมพิวเตอร์
  - \* หากคุณมีใบรับรองการได้รับวัคซีนหรือสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กที่ระบุประวัติการฉีดวัคซีนของลูก ให้แสดงต่อหมอที่ตรวจคัดกรอง
4. (ก่อนฉีดวัคซีน) ตั้งใจฟังข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนและปฏิกิริยาที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้เหมือนอธิบายอย่างละเอียด
  - \* หากภาษาเกาหลีเป็นเรื่องยาก ขอให้หมอพิมพ์ 'ประกาศการฉีดวัคซีน (VIS)' ที่เขียนเป็นภาษาแม่ของคุณ และอ่านอย่างละเอียดเกี่ยวกับ 'ข้อควรระวังและปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์หลังการฉีดวัคซีน'
5. (เมื่อฉีดวัคซีน) เพื่อให้แน่ใจว่าหมอสามารถฉีดวัคซีนได้อย่างปลอดภัย หากเด็กยังเด็ก ผู้ปกครองจะให้เด็กนั่งที่ตึ้นขาและโอบร่างกายส่วนบนของเด็กไว้ด้วยแขนข้างหนึ่ง
6. (เมื่อฉีดวัคซีน) ตั้งใจฟังข้อควรระวังก่อนและหลังการฉีดวัคซีนอย่างละเอียด ก่อนที่ลูกจะได้รับวัคซีน
7. (หลังฉีดวัคซีน) กำหนดวันฉีดวัคซีนครั้งต่อไปของลูกโดยปรึกษากับหมอ
8. (หลังฉีดวัคซีน) กรุณาอยู่ที่โรงพยาบาลต่ออีก ๒๐ ถึง ๓๐ นาที และสังเกตลูกเพื่อตรวจสอบปฏิกิริยาที่ไม่พึงประสงค์
9. (ที่บ้าน) ดูแลตรวจสอบอาการเด็กอย่างระมัดระวังต่ออีกอย่างน้อย ๓ ชั่วโมง หากเด็กเกิดไข้สูงหรือแสดงอาการทางร่างกายที่ผิดปกติ ให้พบแพทย์ทันที

\* หากคุณต้องการล่ามที่เกี่ยวข้องกับการฉีดวัคซีน โปรดติดต่อสายด่วน ดาบูรี (๑๕๗๗-๑๓๖๖)

# แบบสอบถามก่อนการฉีดวัคซีนป้องกันโรค

เพื่อความปลอดภัยในการฉีดวัคซีนป้องกันโรค กรุณาอ่านและตอบคำถามด้านล่าง และเซ็นต์เพื่อยินยอมในชื่อยืนยันความเป็นเจ้าตัว (ตัวแทนตามกฎหมาย,ผู้ปกครอง)ไปชื่อสกุล

ชื่อสกุล	หมายเลขประจำตัว	-	( <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง)
วัน เดือน ปีเกิด	หมายเลขทะเบียนคนต่างด้าว	-	( <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง)
เบอร์โทร	(บ้าน) (มือถือ)	น้ำหนัก	kg

การยินยอมในการดูแลจัดการข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อการฉีดวัคซีนป้องกันโรค  
เจ้าตัว(ตัวแทนตามกฎหมาย, ผู้ปกครอง) ยืนยัน

ตาม'กฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ'มาตรา32และกฎหมายบังคับใช้ที่เกี่ยวข้องมาตรา32 ข้อ2 ทางหน่วยงานได้ทำการเก็บข้อมูลส่วนบุคคล หมายเลขประจำตัวประชาชนและรายการเพิ่มเติมด้านล่าง

- วัตถุประสงค์ในการเก็บและใช้ข้อมูลส่วนบุคคล: ใช้เพื่อส่งข้อความเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนครั้งต่อไปและการสิ้นสุดการฉีดวัคซีนที่จำเป็น, หลังจากฉีดวัคซีนแล้วเกิดอาการผิดปกติหรือไม่
- รายการเก็บและใช้ข้อมูลส่วนบุคคล: ข้อมูลส่วนบุคคล(ข้อมูลส่วนตัว, รวบรวมหมายเลขบัตรประชาชน), เบอร์โทร(บ้าน/มือถือ)
- ระยะเวลาในการเก็บและใช้ : 5 ปี

ก่อนรับวัคซีนจะต้องยินยอมว่าได้ทำการตรวจสอบเนื้อหาเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนตามระบบการจัดการฉีดวัคซีนป้องกันโรคแล้ว

\* หากไม่ทำการตรวจสอบรายการฉีดวัคซีนต้องมีการฉีดวัคซีนที่ไม่จำเป็นเพิ่มเติมหรือยกเว้นการฉีดวัคซีนได้  ใช่  ไม่

ยินยอมให้ส่งข้อความเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนครั้งต่อไปและสิ้นสุดการฉีดวัคซีนที่จำเป็น

\* หากไม่ทำการยินยอม จะไม่ได้รับข้อความ ตามรายการที่ไม่ทำการยินยอม  ใช่  ไม่

ยินยอมให้ส่งข้อความแจ้งเกี่ยวกับคำแนะนำของอาการผิดปกติหลังจากฉีดวัคซีน

\* หากไม่ทำการยินยอมจะไม่ได้รับข้อความตามรายการที่ไม่ทำการยินยอม  ใช่  ไม่

ตรวจสอบข้อมูลของผู้รับวัคซีน  
เจ้าตัว(ตัวแทนตามกฎหมาย, ผู้ปกครอง) ยืนยัน

วันนี้มีอาการเจ็บบริเวณไหนหรือไม่? กรุณาบอกอาการเจ็บ ( )  ใช่  ไม่

เคยมีอาการแพ้เป็นผื่นหรือลมพิษหลังจากที่มีการฉีดวัคซีนป้องกัน หรือแพ้ยาเพื่ออาหาร(รวมทั้งไข่)หรือไม่?  ใช่  ไม่

ในอดีตเคยมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นหลังจากฉีดวัคซีนหรือไม่? หากมีกรณารอกชื่อของวัคซีนที่เคยรับ (ชื่อวัคซีน: )  ใช่  ไม่

เคยได้รับการรักษาหรือตรวจเกี่ยวกับโรคที่เกิดจากความพิการโดยกำเนิด, โรคหอบ, โรคเกี่ยวกับปอด, โรคหัวใจ, โรคไต, โรคตับ, โรคเบาหวาน, ฮอร์โมน, หรือโรคทางเลือดหรือไม่? หากมีกรณารอกชื่อโรค ( )  ใช่  ไม่

เคยมีอาการชักหรือโรคทางประสาทส่วนสมอง (รวมทั้งกลุ่มอาการกิลแลงเบอร์ก) หรือไม่?  ใช่  ไม่

เคยเป็นโรคเกี่ยวกับภูมิคุ้มกันบกพร่อง อย่างเช่นมะเร็งเม็ดเลือดขาวหรือมะเร็งหรือไม่? หากมีกรณารอกชื่อโรค (ชื่อโรค: )  ใช่  ไม่

ล่าสุด ภายใน 3 เดือนที่ผ่านมาเคยได้รับการรักษา โดยใช้ยาสเตียรอยด์, ยาต้านมะเร็ง หรือการฉายรังสีเพื่อรักษาโรคมะเร็งหรือไม่?  ใช่  ไม่

ล่าสุด 1 ปีที่ผ่านมาเคยได้รับการให้เลือดหรืออิมมูโนโกลบูลินหรือไม่?  ใช่  ไม่

ล่าสุดภายใน 1 เดือนที่ผ่านมาเคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันแล้วหรือไม่? หากมีกรณารอกชื่อวัคซีน (ชื่อวัคซีน: )  ใช่  ไม่

(สตรี) ปัจจุบันมีการตั้งครรภ์หรือ คาดว่าจะมีการตั้งครรภ์ใน เดือนถัดไปหรือไม่?  ใช่  ไม่

ข้าพเจ้า ยินยอมที่จะรับการฉีดวัคซีนป้องกันหลังจากได้รับการตรวจและฟังคำอธิบายเกี่ยวกับอาการผิดปกติจากแพทย์แล้ว

เจ้าตัว(ตัวแทนตามกฎหมาย, ผู้ปกครอง) ชื่อสกุล : (ลายเซ็นต์) ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้รับวัคซีน : ( )

\* กรณีที่ผู้รับวัคซีนเป็นเด็กทารกที่ยังไม่ได้แจ้งเกิด กรุณารอกหมายเลขประจำตัวประชาชนของตัวแทนตามกฎหมาย ( - )

ปี เดือน วัน

ผลการตรวจสอบของแพทย์ก่อนรับวัคซีน (บันทึกของแพทย์) ยืนยัน

อุณหภูมิร่างกาย : °C ได้อธิบายเกี่ยวกับอาการผิดปกติหลังจากรับวัคซีนแล้ว

'ได้อธิบายเกี่ยวกับ การตรวจสอบอาการผิดปกติหลังจากรับวัคซีน ประมาณ 20~30 นาที ก่อนที่จะออกจากหน่วยงานที่ได้มีการรับวัคซีนแล้ว

ผลการตรวจ :

ผลจากการตรวจเช็คลักษณะร่างกายแล้วสามารถเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคได้ ชื่อแพทย์ : (ลายเซ็นต์)



# โครงการสนับสนุนการฉีดวัคซีนแห่งชาติ

## 국가예방접종 지원사업

### »โครงการฉีดวัคซีนสร้างภูมิคุ้มกันต่อไวรัสฮิวแมนแพปพิลโลมา (HPV) แห่งชาติ

รัฐบาลรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการฉีดวัคซีน HPV เพื่อป้องกันโรคมะเร็ง เช่น มะเร็งปากมดลูกที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปพิลโลมา (HPV)

- **คุณสมบัติ:** เด็กสาวอายุ 12 ถึง 17 ปี ผู้หญิงอายุ 18 ถึง 26 ปีที่มีรายได้ต่ำ\*
  - \* เป็นผู้ได้รับความช่วยเหลือตามกฎหมายการรับประกันการดำรงชีวิตของประชาชน และผู้มีรายได้ขั้นต่ำ (น้อยกว่า ๕๐% ของรายได้มาตรฐานมาตรฐานภายใต้ "กฎหมายการรับประกันการดำรงชีวิตของประชาชน")
  - ※ ติดต่อศูนย์บริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้เคียงหรือสถาบันการแพทย์ที่กำหนดเพื่อขอรายละเอียดเกี่ยวกับคุณสมบัติที่จะได้รับความช่วยเหลือ
- **รายละเอียดของโครงการ:** ให้ความช่วยเหลือค่าใช้จ่ายทั้งหมดของการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปพิลโลมา (HPV)\*
  - \* ให้ความช่วยเหลือค่าใช้จ่ายตามมาตรฐานการฉีดวัคซีน: จำเป็นต้องฉีดวัคซีน 2 เข็ม หากอายุที่ฉีดครั้งแรกคือไม่เกิน 14 ปี จำเป็นต้องฉีดวัคซีน 3 เข็ม หากอายุที่ฉีดครั้งแรกคือ 15 ปีขึ้นไป
  - ※ ให้บริการคำปรึกษาทางสุขภาพพร้อมกับการฉีดวัคซีน HPV สำหรับเด็กสาวที่มีอายุ 12 ปีขึ้นไป
- **วัคซีนที่ฉีดให้:** Cobarix (HPV2), Gardasil (HPV4)
  - ※ วัคซีน HPV 9 ไม่เข้าข่ายได้รับความช่วยเหลือค่าใช้จ่าย
- **ผู้ให้บริการฉีดวัคซีน:** ศูนย์บริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้เคียงหรือสถาบันการแพทย์ที่กำหนด
  - ※ สามารถค้นหาสถาบันการแพทย์ที่อยู่ใกล้คุณ จากเว็บไซต์ผู้ช่วยการฉีดวัคซีน (<https://nip.kdca.go.kr>)
  - ※ ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ดำเนินงานโดยรัฐบาลในท้องถิ่นบางแห่งอาจจะไม่ให้บริการตรวจร่างกาย กรุณาตรวจสอบก่อนเข้ารับบริการ

### »โครงการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่แห่งชาติ

เพื่อป้องกันการติดเชื้อไขหวัดใหญ่ รัฐบาลรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการฉีดวัคซีนป้องกันไขหวัดใหญ่สำหรับเด็กและผู้สูงอายุ รวมทั้งสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงจะได้รับอันตรายจากโรคแทรกซ้อน

※ โครงการฉีดวัคซีนสร้างภูมิคุ้มกันต่อไขหวัดใหญ่จะให้บริการเฉพาะฤดูกาล กรุณาศึกษาจากเว็บไซต์ผู้ช่วยการฉีดวัคซีนประมาณเดือนกันยายนของทุกปีเพื่อดูตารางเวลาของโปรแกรม

- **คุณสมบัติ:** เด็กอายุ 6 เดือนถึง 13 ปี สตรีมีครรภ์ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป
  - ※ ติดต่อศูนย์บริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้เคียงหรือสถาบันการแพทย์ที่กำหนดเพื่อขอรายละเอียดเกี่ยวกับคุณสมบัติที่จะได้รับความช่วยเหลือ
- **รายละเอียดของโครงการ:** ให้บริการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ 1 เข็ม ต่อคน
  - ※ ฉีดวัคซีนให้ 2 เข็มสำหรับบุคคลที่ตรงตามคุณสมบัติ อายุ 6 เดือนถึง 8 ปีที่รับการฉีดวัคซีนป้องกันไขหวัดใหญ่เข็มแรก
- **ผู้ให้บริการฉีดวัคซีน:** ศูนย์บริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้เคียงหรือสถาบันการแพทย์ที่กำหนด
  - ※ สามารถค้นหาสถาบันการแพทย์ที่อยู่ใกล้คุณได้จากเว็บไซต์ผู้ช่วยการฉีดวัคซีน (<https://nip.kdca.go.kr>)
  - ※ ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ดำเนินงานโดยรัฐบาลในท้องถิ่นบางแห่งอาจจะไม่ให้บริการตรวจร่างกาย กรุณาตรวจสอบก่อนเข้ารับบริการ

# โครงการติดตามผลการฉีดวัคซีนสำหรับเด็กที่เข้าเรียนระดับประถมและมัธยมศึกษาตอนต้น

## 초·중학교 입학생 예방접종 확인사업

### »โครงการติดตามผลการฉีดวัคซีนสำหรับเด็กที่เข้าเรียนระดับประถมและมัธยมศึกษาตอนต้น

เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคระบาดในโรงเรียน จะมีการตรวจสอบประวัติการฉีดวัคซีนสำหรับเด็กที่เข้าเรียนระดับประถมและมัธยมศึกษาตอนต้น\* และส่งเสริมสนับสนุนให้เด็กที่ยังไม่ฉีดวัคซีนได้รับการฉีดวัคซีน

\* 「กฎหมายป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ」 มาตราที่ ๓๑ (การตรวจสอบยืนยันยืนยันรับการฉีดวัคซีนครบถ้วน) 「กฎหมายอนามัยในโรงเรียน」 มาตราที่ ๑๐ (การตรวจสอบว่าได้รับการฉีดวัคซีนครบถ้วน)

- **คุณสมบัติ:** นักเรียนที่เข้าเรียนระดับประถมและมัธยมศึกษาตอนต้นในปีปัจจุบัน
- **การฉีดวัคซีนที่กำหนด:**
  - **(ประถมศึกษา)** ฉีดวัคซีนบังคับ 4 ชนิดสำหรับเด็กอายุ 4 ถึง 6 ปี
    - ※ DTaP รอบที่ 5, IPV รอบที่ 4, MMR รอบที่ 2, โรคไขสมองอักเสบเฉียบพลันเชื้อตาย รอบที่ 4 (หรือชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์รอบที่ 2)
  - **(มัธยมศึกษาตอนต้น)** 3 ฉีดวัคซีนบังคับ 4 ชนิดสำหรับเด็กอายุ 11 ถึง 12 ปี
    - ※ Tdap (หรือ TD) รอบที่ 6, โรคไขสมองอักเสบเฉียบพลันเชื้อตายรอบที่ 5 (หรือชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ รอบที่ 2), HPV รอบที่ 1 (นักเรียนหญิง)
- **รายละเอียดของโครงการ:**

โรงเรียนและศูนย์บริการสาธารณสุขจะใช้ข้อมูลเกี่ยวกับนักเรียนที่เพิ่งเข้าเรียนใหม่ จากกระทรวงศึกษาและข้อมูลการฉีดวัคซีนจากหน่วยงานป้องกันและควบคุมโรคระบาดของเกาหลีเพื่อยืนยันว่าได้รับการฉีดวัคซีน นักเรียนที่ไม่ได้ฉีดวัคซีนจะได้รับการสนับสนุนให้ได้รับการฉีดวัคซีน รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการฉีดวัคซีน

※ นักเรียนที่มีประวัติการฉีดวัคซีนครบถ้วนอยู่ในเว็บไซต์ผู้ช่วยการฉีดวัคซีน ไม่จำเป็นต้องส่ง <ใบรับรองการฉีดวัคซีน> ไปที่โรงเรียนของตน

※ <บุคคลที่มีข้อควรระวังในการฉีดวัคซีนสร้างภูมิคุ้มกัน> จะต้องขอให้สถาบันการแพทย์ที่ตรวจวินิจฉัย (หรือสถาบันการแพทย์ที่ให้การฉีดวัคซีน) ลงทะเบียน <ข้อควรระวังในการฉีดวัคซีนสร้างภูมิคุ้มกัน> ของพวกเขาทางอิเล็กทรอนิกส์ หากสถาบันการแพทย์ไม่สามารถลงทะเบียน <ข้อควรระวังในการฉีดวัคซีนสร้างภูมิคุ้มกัน> ของนักเรียนทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ นักเรียนจะต้องมีใบรับรองที่ระบุถึง <ข้อควรระวังในการฉีดวัคซีนสร้างภูมิคุ้มกัน> และส่งใบรับรองดังกล่าวไปยังโรงเรียนหลังจากเรียนเข้าเรียน

If the medical institution cannot electronically register a student's <Immunization Contraindications>, the student must receive a medical certificate specifying the <Immunization Contraindications> and submit the same to the school after admission

#### ▶ บุคคลที่มีข้อควรระวังในการฉีดวัคซีนสร้างภูมิคุ้มกัน:

- บุคคลที่เกิดปฏิกิริยาแพ้อย่างรุนแรง (ภาวะแอนาฟิแล็กซิส) ต่อการฉีดวัคซีน หรือเคยมีปฏิกิริยาแพ้อย่างรุนแรงหลังจากการฉีดวัคซีนครั้งแรก
- บุคคลที่เกิดภาวะสมองอักเสบโดยไม่ทราบสาเหตุภายใน ๗ วันหลังจากที่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโอดกรน
  - \* อาการแบบชั่วคราวต่างๆ เช่น ไข้สูง หรือการให้อิมมูโนโกลบูลิน อาการแพ้ไข่ หรือเกิดโรคผิวหนังแพ้ผิวหนัง จะไม่ใช่ข้อควรระวังในการฉีดวัคซีนสร้างภูมิคุ้มกัน

# 어린이가 건강한 대한민국

## สาธารณสุขเกาหลีแห่งสุขภาพของลูกของคุณ

# 표준예방접종일정표 (2024)

## ตารางการฉีดวัคซีนตามมาตรฐาน (2024)

대상 감염병 โรคติดต่ออันตราย	백신 종류 및 방법 ประเภทวัคซีนและวิธีการฉีด	회수 รอบ	출생시 เมื่อเกิด	4주 이내 ภายใน 4 สัปดาห์	1개월 1 เดือน	2개월 2 เดือน	4개월 4 เดือน	6개월 6 เดือน	12개월 12 เดือน	15개월 15 เดือน	18개월 18 เดือน	19~23개월 19 ถึง 23 เดือน	24~36개월 24 ถึง 36 เดือน	4세 อายุ 4 U	6세 อายุ 6 U	11세 อายุ 11 U	12세 อายุ 12 U
B형간염 ตับอักเสบ B	HepB BCG(BCG) BCG (ฉีดเข้าผิวหนัง)	3	HepB 1차 (HepB surf. 1)	BCG 1차 (BCG surf. 1)													
결핵 วัณโรค	BCG(BCG) BCG (ฉีดเข้าผิวหนัง)	1															
디프테리아 บาดทะยัก 파상풍 백일해 ไอ소수	DTap Tdap/Td	5	DTap 1차 (DTaP surf. 1)	DTap 2차 (DTaP surf. 2)													
폴리오 โปลิโอ	IPV	1	IPV 1차 (IPV surf. 1)														
B형헤모필루스 인플루엔자 B ชนิดที่ 2 ชนิดที่ 4	Hib Hb 4차	4	Hib 1차 (Hib surf. 1)	Hib 2차 (Hib surf. 2)													
파상풍 감염증 บาดทะยัก บาดทะยัก 백일해	PCV PPSV	4	PCV 1차 (PCV surf. 1)	PCV 2차 (PCV surf. 2)													
고위험군에 한하여 접종 (กรณีที่มีอาการหรือสัมผัส กับผู้ป่วย)		-															
로타바이러스 감염증 ท้องร่วง 과다	RV1 RV5	2	RV 1차 (RV surf. 1)	RV 2차 (RV surf. 2)													
홍역 과 유행성이하 진독 풍진 кори 수두 อีสุกอีใส	MMR VAR	2															
A형간염 ตับอักเสบ A	HepA	1															
일본뇌염	JEV	5															
와クチ 일본뇌염 예방 접종	JEV JEV	2															
사람유두종 바이러스 감염증 มะเร็งปาก ช่องปาก มะเร็ง ผิวหนัง	HPV	2															
인플루엔자 ไข้หวัดใหญ่	IV	-															

국가예방접종: 국가에서 관장하는 필수예방접종(국가감염병의 예방 및 관리에 관한 법률)을 통해 예방접종 대상 감염병과 예방접종 실시기준 및 방법을 정하고, 이를 근거로 재정을 마련하여 지원하고 있는  
 国家预防接种: 国家管理接种(国家传染病预防及控制法)을 통해 예방접종 대상 감염병과 예방접종 실시기준 및 방법을 정하고, 이를 근거로 재정을 마련하여 지원하고 있는  
 기타예방접종: 예방접종 대상 감염병 및 지정감염병 이외 감염병으로 민간 의료기관에서 접종 가능한 유료 예방접종  
 其他预防接种: 预防接种 대상 감염병 및 지정 감염병 이외 감염병으로 민간 의료기관에서 접종 가능한 유료 예방접종  
 국가예방접종일정표: 국가예방접종일정표에 따라 DTap-IPV (디프테리아·파상풍·백일해·폴리오) 또는 DTap-IPV/Hib (디프테리아·파상풍·백일해·폴리오·B형헤모필루스인플루엔자) 혼합백신으로 접종 가능  
 国家预防接种时间表: 国家预防接种时间表에 따라 DTap-IPV (디프테리아·파상풍·백일해·폴리오) 또는 DTap-IPV/Hib (디프테리아·파상풍·백일해·폴리오·B형헤모필루스인플루엔자) 혼합백신으로 접종 가능  
 국가예방접종 대상 감염병: 예방접종 대상 감염병과 예방접종 실시기준 및 방법을 정하고, 이를 근거로 재정을 마련하여 지원하고 있는  
 国家预防接种对象传染病: 预防接种对象传染病과 예방접종 실시기준 및 방법을 정하고, 이를 근거로 재정을 마련하여 지원하고 있는

필리핀어  
 어린이 국가예방접종사업 안내  
 Patnubay para sa pambansang pagbabakuna ng bata

예방접종은 예방접종 대상 감염병으로부터 아이들을 보호할 수 있는 안전하고 효과적인 방법으로, 어린이 감염병 예방을 위해 국가에서 예방접종비용을 전액 지원하고 있습니다.  
 Ang pagbabakuna ay libring ibinigay ng pamahalaan para sa ligtas at mabisang paraan para maprotektahan ang kabataan sa mga nakakahawang sakit na napapailalim sa pagbabakuna, at para maiwasang mahawaan ng sakit.

» 국가예방접종 지원백신 Ang Korea na malusog ang bata

어린이가 건강한 대한민국  
 Ang Republika ng Korea ay Nagmamalasakit sa Kalusugan ng Iyong Anak

표준예방접종일정표 (2024)  
 Karaniwang Sentro ng Pagbabakuna (2024)

출생시, 4주 이내, 1개월, 2개월, 4개월, 6개월, 12개월, 15개월, 18개월, 19~23개월, 24~36개월, 4세, 6세, 11세, 12세

예방접종 전문위원회  
 Special Committee on Immunization

» 무료 접종 지정 의료기관 Itinalagang institusyong medikal para sa libreng pagbabakuna

- 지정 의료기관은 예방접종도우미 누리집(<https://nip.kdca.go.kr>)에서 확인할 수 있습니다.
- Ang itinalagang institusyong medikal ay makikita sa site ng Vaccine Assistance NuriJib (<https://nip.cdc.go.kr>)
  - \* 지정 의료기관 방문 전 접종 가능한 백신 종류를 확인하시기 바랍니다.
  - \* Suriin kung anong bakuna ang pwede bago pumunta sa institusyon.
  - \* 지정 의료기관 정보는 한국어로 제공됩니다.
  - \* Ang impormasyon ng itinalagang institusyong medikal ay nakalaad sa korea.
- 부득이한 사유로 출생신고가 1개월 이상 지연되었다면 보건소에서 예방접종을 위한 임시관리번호를 발급받으면 무료 접종 가능합니다.
- Kung mahigit sa isang buwan bago naiparehistro ang kapanganakan dahil sa hindi maiiwasang kadahilanan makakakuha ng libreng pagbabakuna kung kukuha ng 'pansamantalang numero ng pamamahala' sa public health center.
- 접종기관에서 전산등록한 자녀의 예방접종 기록은 예방접종도우미 누리집에서 확인할 수 있습니다. 예방접종을 완료하지 않은 경우, 가까운 보건소 또는 지정 의료기관을 방문하여 무료접종 받으시기 바랍니다. 만약 예방접종을 완료하였으나 전산등록이 누락된 경우 접종기관에 전산등록을 요청하시기 바랍니다.(한국어만 지원).
- Ang talaan ng pagbabakuna ng iyong anak na nakatala sa institusyon ng pagbabakuna ay maaaring matagpuan sa Vaccine Assistance NuriJib or sa Mobile app. Kapag hindi nakumpleto ang pagbabakuna, Pumunta sa pinakamalapit na public health center or sa itinalagang institusyong medikal at magpabakuna ng libre. Kapag kumpleto ang bakuna pero walang pangalang nakatala maaring tumawag sa ahensya ng pagbabakuna at ihiling na itala ang pangalan(wikang korean lang ang pwede)
- 더 궁금한 사항은 인터넷 예방접종도우미 누리집 통해 확인하거나 전화로 문의주세요
- Kung mayroon pang katanungan maaring suriin sa Vaccine Assistance NuriJib or sa mobile app o di kaya tumawag.

누리집: <https://nip.kdca.go.kr> | 전화번호: 043-719-8398~8399 | 다누리콜센터: 1577-1366  
 Nurijib: <https://nip.cdc.go.kr> | Telepono: 043-719-8397~8399 | Danuri helpline: 1577-1366

# Gabay sa Iskedyul ng Pagpapabakuna (para sa guardian ng multikultural na pamilya)

1. Mangyaring basahin ang 'Talatanungan ng Screening sa Pagpapabakuna' sa iyong katutubong wika at punan ang '(Korean) na Talatanungan ng Screening sa Pagpapabakuna.'

## ⟨Mga tagubilin para sa pagpuno ng Talatanungan ng Screening sa Pagpapabakuna⟩

- Mangyaring sabihin ang pangalan ng iyong anak sa Korean o Ingles.
- Mangyaring sabihin ang numero ng pagpaparehistro ng residente ng iyong anak (numero ng pagpaparehistro ng dayuhan). Kung ang iyong anak ay walang numero ng pagpaparehistro bilang residente (alien registration number), mangyaring sabihin ang Temporary Management Number na inisyu ng pampublikong sentro ng kalusugan para sa pagbabakuna.
- Kung ang petsa ng kapanganakan ng iyong anak ay iba sa naisulat sa Resident Register mula sa kanyang aktwal na petsa ng kapanganakan, mangyaring sabihin ang aktwal na petsa ng kapanganakan ng iyong anak sa kahon na ipinahiwatig.  
\* Ang iskedyul ng pagbabakuna ng iyong anak ay tutukuyin batay sa aktwal na petsa nga kanyang kapanganakan. Kung ang aktwal na petsa ng kapanganakan ng iyong anak ay iba sa petsa ng nakasaad sa Resident Register, mangyaring i-update ang petsa ng kapanganakan sa isang malapit na pampublikong sentro ng kalusugan kasama ang kinakailangang dokumentasyon (Birth Certificate, atbp.).

4. Kung ang iyong anak ay maysakit ngayon, mangyaring sabihin ang mga sintomas tulad ng mga sumusunod:

- |              |                 |                       |             |                   |
|--------------|-----------------|-----------------------|-------------|-------------------|
| 1. Lagnat    | 2. Ubo          | 3. Sakit sa lalamunan | 4. Pagtatae | 5. Sakit ng tiyan |
| 6. Pagsusuka | 7. Sakit ng Ulo | 8. Panghihina         | 9. Iba pa   |                   |

### ■ Tandaan ang sumusunod kapag pinupunan ang 'Talatanungan ng Screening sa Pagpapabakuna'!

- Siguraduhin na markahan ang 'Pahintulatang ibunyag ang numero ng mobile na telepono at makatanggap ng mga mensahe.'
- Mangyaring sabihin ang wika na gagamitin sa pagtanggap mo ng impormasyon.
- Bibigyan ka ng impormasyon sa 'pangalan ng susunod na pagbabakuna at petsa ng pagbabakuna' sa napiling wika.
- Kapag pumipili ng iyong wika, iparehistro ang numero ng mobile na telepono ng iba pang tagapag-alaga ng iyong anak upang makatanggap ng impormasyon sa 'susunod na petsa ng pagbabakuna' sa ibinigay na numero ng mobile na telepono.

- Maangyaring maghintay sa harap ng silid ng pagsusulit hanggang ang pangalan ng iyon anak ay tawagain.
- (Sa hindi pa ang pagbabakuna) Mangyaring suriin ang kasaysayan ng pagbabakuna ng iyong anak at siguraduhin na hindi sila nakatanggap ng parehong bakuna sa nakaraan.  
\* Maaaring tingnan ng manggagamot na nag screen ang mga nakaraang pagbabakuna ng iyong anak sa pamamagitan ng sistema sa computer.  
\* Kung mayroon kang sertipikasyon ng pagbakuna o log ng sanggol na nagsasabi ng kasaysayan ng pagbakuna ng iyong anak, mangyaring ipakita ito sa manggagamot na nag screen.
- (Bago ang pagbabakuna) Mangyaring makinig nang mabuti habang ipinapaliwanag ng manggagamot na nag screen ng bakuna at posibleng mga masamang reaksyon.  
\* Kung nahihirapan kang umintindi ng Korean, mangyaring sabihin sa nag screen na manggagamot na mag printa ng kopya ng 'Sheet ng Impormasyon sa Pagbakuna' sa iyong katutubong wika. Mangyaring basahin nang mabuti ang 'Pag-iingat Pagkatapos ng Pagbabakuna at Masamang mga Reaksyon'.
- (Sa panahon ng pagbakuna) Kung ang iyong anak ay isang sanggol, mangyaring ipaupo siya sa iyong kandungan at ibalot ang iyong isang braso sa paligid ng katawan ng iyong anak upang malulungan ang manggagamot na pangasiwaan ang bakuna nang ligtas.
- (Sa panahon ng pagbabakuna) Tiyaking alam mo ang mga pag-iingat bago at matapos ng pagbabakuna bago mabakunahn ang iyong anak.
- (Pagkatapos ng pagbakuna) kumunsulta sa manggagamot na nag screen upang magpasya sa susunod na petsa ng pagbabakuna para sa iyong anak.
- (After vaccination) Please remain at the hospital for 20 to 30 minutes and observe your child for any adverse reactions
- (Sa bahay) Mangyaring subaybayan nang mabuti ang iyong anak nang hindi bababa sa 3 oras para sa mga sintomas. Kung ang iyong anak ay may mataas na lagnat o nagpapakita ng anumang hindi pangkaraniwang pisikal na sintomas, humingi kaagad ng medikal na atensyon.

\* Kung kinakailangan mo ng mga serbisyong pagpaliwanag para sa pagbakuna, mangyaring tawagan ang Danuri Call Center (1577-1366)

# Questionnaire para sa Pagpapabakuna

Para sa ligtas na pagpapabakuna, mangyaring basahin nang mabuti ang mga sumusunod na katanungan. Siguraduhin ding isulat nang maayos ang inyong pangalan (o pangalan ng legal na tagapangalaga) sa ibaba.

Pangalan	Resident Registration No.	-	( <input type="checkbox"/> Lalake <input type="checkbox"/> Babae)
Petsa ng Kapanganakan (YYYY.MM.DD)	Alien Registration Card No.	-	( <input type="checkbox"/> Lalake <input type="checkbox"/> Babae)
Telepono	(Bahay)	(Cellphone)	Timbang kg

Kasunduan tungkol sa Pangongolekta ng Personal na Impormasyon para sa Pagpapabakuna	Pasyente/Magulang/ Legal na Tagapangalaga <input checked="" type="checkbox"/>
---	--

Ayon sa Artikulo 32 at Artikulo 32-3 ng 'Batas para Mapangasiwaan at Maiwasan ang Pagkalat ng Nakakahawang Sakit, kinakailangang kolektahin ang inyong resident registration number at iba pang personal na impormasyon at iba pang sensitibong impormasyon. Bukod pa rito, ilan pa sa karagdagang impormasyon ang kailangang kolektahin:

- Layunin ng pangongolekta at paggamit ng personal na impormasyon: Pagpapadala ng text message tungkol sa iskedyul ng susunod na pagpapabakuna, kung tapos na ang pagpapabakuna, at para malaman kung may masama bang epekto ang bakuna matapos ito isagawa
- Klase ng personal na impormasyong kokolektahin: Personal na impormasyon (sensitibong impormasyon, resident registration no., atbp.), telepono (bahay/cellphone)
- Panahon ng pagtatago at paggamit sa personal na impormasyon: 5 taon

Bago isagawa ang pagpapabakuna, pumapayag ako na ipagbigay-alam ang impormasyon tungkol sa pagpapabakuna sa Immunization Registry Information System (IRIS).  
\* Sakaling hindi kayo sumang-ayon, maaaring madoble ang pagpapabakuna o magkaroon ng cross-vaccination na hindi naman kinakailangan.  Oo  Hindi

Sumasang-ayon ako sa pagtanggap ng text messages para sa paalala tungkol sa susunod na iskedyul ng pagpapabakuna at kumpirmasyon sa natapos nang bakuna.  
\* Sakaling hindi kayo sumang-ayon, hindi kayo makakatanggap ng text message tungkol sa pagpapabakuna.  Oo  Hindi

Sumasang-ayon ako sa pagtanggap ng tawag sa telepono tungkol sa mga katanungan kaugnay ng side effects ng bakuna (matapos isagawa ang pagbabakuna). \* Sakaling hindi kayo sumang-ayon, hindi kayo makakatanggap ng tawag tungkol dito.  Oo  Hindi

Mga Bagay na Kailangang Tiyakin Bago ang Pagpapabakuna	Pasyente/Magulang/ Legal na Tagapangalaga <input checked="" type="checkbox"/>
--	--

May nararamdaman ba kayong (pasyente) sakit? Kung mayroon, isulat sa ibaba kung ano ito. ( )  Oo  Hindi

Naranasan niyo (pasyente) na bang magkaroon ng allergic reactions (pagkakaroon ng pantal, pangangati) dahil sa pagkain (kasama na ang itlog) o gamot o kaya dahil sa pagpapabakuna?  Oo  Hindi

May naranasan na ba kayong (pasyente) hindi maganda epekto ng pagpapabakuna dati? Kung mayroon, isulat sa ibaba ang uri ng bakuna. (Pangalan ng Bakuna: )  Oo  Hindi

Nakatanggap na ba kayo (pasyente) ng diagnosis tungkol sa congenital anomaly, asthma, problema sa bago, puso, bato (kidney), o pagkakaroon ng metabolic disease (hal., diabetes) o sakit sa dugo? Kung mayroon, pakisulat ang sakit sa baba. ( )  Oo  Hindi

Naranasan niyo (pasyente) na bang magkaroon ng seizure o sakit sa utak o sa nervous system (gaya ng Guillain-Barre Syndrome)?  Oo  Hindi

Mayroon ba kayong (pasyente) cancer, leukemia o sakit sa immune system? Kung mayroon, isulat ito sa ibaba. (Uri ng Sakit : )  Oo  Hindi

Sa loob ng nakaraang 3 buwan, nakatanggap ba kayo (pasyente) ng steroids, chemotherapy o radiation sessions?  Oo  Hindi

Sa loob ng nakaraang 1 taon, nakatanggap ba kayo (pasyente) ng dugo (blood transfusion) o naturukan kayo ng immunoglobulin?  Oo  Hindi

Sa loob ng 1 buwan, nakapagpapabakuna ba kayo (pasyente)? Kung oo, isulat ang uri ng bakunang tinanggap. (Uri/Pangalan ng Bakuna : )  Oo  Hindi

(Para sa mga babae) Kayo ba ay nagdadalang-tao o may posibilidad bang magbuntis kayo sa loob ng 1 buwan mula sa araw na ito?  Oo  Hindi

Sumasang-ayon ako sa pagtanggap ng bakuna matapos marinig ang paliwanag tungkol sa resulta ng eksaminasyon at tungkol sa mga maaaring maging epekto ng pagpapabakuna.  
Pangalan (legal na representatibo, magulang): (Lagda) Relasyon sa Pasyente: -  
\* Resident Registration No. ng legal guardian (sakaling ang pasyente ay sanggol na hindi pa napaparehistro ang kapanganakan) Taon Buwan Araw

Resulta ng Screening Bago ang Pagpapabakuna (Sasagutan ng Doktor)	Check <input checked="" type="checkbox"/>
---	---

Temperatura ng Katawan : °C Naipaliwanag na sa pasyente ang maaaring epekto ng pagpapabakuna.

Naipaliwanag na sa pasyente na kailangan nilang manatili sa ospital sa loob ng 20-30 minuto matapos ang pagpapabakuna para matiyak kung may side effects ba ang bakuna.

Resulta ng screening :  
Base sa nakaraang medikal na kondisyon ng pasyente at resulta ng pisikal na eksaminasyon, maaaring makatanggap ng bakuna ng pasyente. Pangalan ng doktor : (Lagda)

## 자녀의 예방접종 기록을 확인하세요. Mangyaring suriin ang kasaysayan ng pagbabakuna ng iyong anak.

### ■ Ano ang mga pakinabang ng elektronikong pagrehistro sa kasaysayan ng pagbabakuna ng aking anak?

1. Tumutulong ang elektronikong pagpaparehistro na maiwasan ang mga pagkakamali sa pagbabakuna, binabawasan ang hindi kinakailangang pagbabakuna at at gastos.

2. Ang kasaysayan ng pagbabakuna ng iyong anak ay makikita sa website ng Immunization Assistance.

○ Mag-sign up sa website ng Immunization Assistance (<https://nip.kdca.go.kr>) at irehistro ang iyong anak upang tingnan ang kanyang kasaysayan ng pagbabakuna.

– (Pagrehistro ng iyong anak) Mag-sign in sa website ng Immunization Assistance → [Pamahalaan ang Pagbabakuna] → [Pamahalaan ang pagbabakuna ng aking anak] → [Irehistro ang data ng iyong anak]

– (Pagtingin sa mga tala ng iyong anak) Mag-sign in sa website ng Immunization Assistance → [Pamahalaan ang Pagbabakuna] → [Pamahalaan ang pagbabakuna ng aking anak] → [Tingnan ang kasaysayan ng pagbabakuna ng aking anak]

※ Kung hindi mo makita ang kasaysayan ng pagbabakuna ng iyong anak sa website ng Immunization Assistance, mangyaring humiling sa institusyong medikal na nagbibigay ng pagbabakuna upang irehistro ang kasaysayan ng iyong anak sa elektronikong paraan.  
※ Ang 'Log sa Pagbabakuna' ay inilaan upang matulungan ang mga tagapag-alaga na pamahalaan ang kasaysayan ng pagbabakuna ng bata. Ang log ng pagbabakuna ay hindi maaaring isumite sa halip ng isang 'Sertipiko ng Pagbabakuna.'

3. 'Mga Sertipikasyon ng Pagbabakuna' ay maaaring ibigay online nang libre (sa Korean o Ingles).

○ Mag-sign in sa website ng immunization assistance → [pamahalaan ang mga pagbabakuna] → [mga elektronikong serbisyo] → [sertipiko ng pagbabakuna]

4. Mag-sign up para sa mga mensahe na text sa susunod na petsa ng pagbabakuna ng iyong anak.

○ I-rehistro ang iyong numero ng iyong cellphone (magulang, tagaalaga o ligal na tagapag-alaga) kung saan ang institusyong medikal na nagbibigay ng pagbabakuna na makatanggap ng mensaheng text na nagpapaalala sa petsa ng sunod na kinakailangang sundin na pagbabakuna ng iyong anak.

○ Kung gusto mong makatanggap na impormasyong ito sa iyong katutubong wika, mangyaring ipaalam sa institusyong medikal na nagbibigay ng pagbabakuna. Makatanggap ka ng mga paunawa sa pamamagitan ng mensaheng text sa Korean at sa iyong katutubong wika.

– Kapag pumipili ng iyong wika, irehistro ang numero ng mobile phone ng iba pang tagapag-alaga ng iyong anak upang makatanggap ng impormasyon sa 'susunod na petsa ng pagbabakuna' sa numero ng mobile phone na iyon.

\* Wikang Magagamit (12): Nepalese, Lao, Russian, Mongolian, Vietnamese, English, Uzbek, Japanese, Chinese, Khmer, Tagalog

### ■ Mangyaring kumuha ng sertipiko ng pagbabakuna kung babalik sa Korea pagkatapos manirahan sa ibang bansa.

Kung ang iyong anak ay nakatanggap ng pagbabakuna sa ibang bansa, mangyaring tanggapin ang isang 'Sertipiko sa Pagbabakuna sa Ingles' o 'Dokumento na nagdadala ng opisyal na pirma o selyo ng institusyong medikal na nagbibigay ng pagbabakuna' bago bumalik sa Korea. Mangyaring hilingin sa isang pampublikong sentro ng kalusugan na malapit sa inyo, na irehistro ang (mga) dokumento sa elektronikong paraan.

Upang maprotektahan ang kalusugan ng mga mag-aaral at mga bata at maiwasan ang pagkalat ng nakakahawang sakit, hinihiling ng Republika ng Korea ang mga mag-aaral na pumapasok sa daycare, elementarya o gitnang paaralan na magsumite ng mga sertipiko ng pagbabakuna upang matiyak\* na ang lahat ng mga mag-aaral ay nakumpleto ang ipinag-uutos na pagbabakuna.

Ang mga mag-aaral na may kumpletong rekord ng pagbabakuna sa website ng Immunization Assistance ay hindi kinakailangang magsumite ng (Sertipiko ng Pagbabakuna) sa kanilang paaralan.

\* Mga Ligal na batayan: Artikulo 31 ng Infectious Disease Control and Prevention Act, Artikulo 10 ng School Health Act, at Artikulo 31 ng Child Care Act

## Gabay sa Programa ng Pambansang Pagbabakuna 국가예방접종 사업안내

### ▶ Pambansang Programa ng Pagbabakuna para sa mga Bata

Upang maprotektahan ang mga bata mula sa nakakahawang sakit, ang mga mahahalagang pagbabakuna ay ibinibigay nang walang gastos.

- Karapatang mahirang sa tungkulin: Mga bata na hanggang 12 taong gulang.  
※ Contact your nearest public health center or designated medical institution for inquiries on eligibility for free vaccination this year
- Mga detalye ng programa: Buong tulong ng mga gastos para sa ipinag-uutos na pagbabakuna

● Pagbabakuna na naibigay: 18

Tuberculosis (BCG, intradermal), hepatitis B (HepB), diphtheria/tetanus/whooping cough (DTap), tetanus/diphtheria (Td), tetanus/diphtheria/whooping cough (Tdap), polio (IPV), diphtheria/tetanus/whooping cough/polio (DTaP-IPV), diphtheria/tetanus/whooping cough/polio/hemophilus influenzae type B (DTaP-IPV/Hib), hemophilus influenzae type B (Hib), pneumococcal conjugate (PCV), ritavirus (RV), measles/mumps/rubella (MMR), varicella (VAR), hepatitis a (HepA), inactivated Japanese encephalitis vaccine, (IJEV), live-attenuated Japanese encephalitis vaccine (LJEV), human papillomavirus (HPV), influenza (IIV)

※ Makipag-ugnayan sa iyong pinakamalapit na pampublikong sentro ng kalusugan o itinalagang institusyong medikal para sa mga katanungan sa pagiging karapat-dapat para sa libreng pagbabakuna sa taong ito.

● Tagapagbigay ng pagbabakuna: Malapit na pampublikong sentro ng kalusugan o itinalagang institusyong medikal

※ Upang makahanap ng isang itinalagang mga institusyong medikal na malapit sa iyo, kumunsulta sa website ng Tulong sa Pagbabakuna (<https://nip.kdca.go.kr>)

※ Ang mga pampublikong sentro ng kalusugan na pinamamahalaan ng ilang mga lokal na pamahalaan ay maaaring hindi mag-alok ng pagbabakuna; mangyaring suriin bago bumista

### ▶ Programa sa pag-iwas sa impeksyon sa Hepatitis B perinatinous

To prevent hepatitis B perinatal infection in newborns born to hepatitis B-positive mothers, administration of immunoglobulins at birth, vaccination against hepatitis B, and antigen and antibody testing costs are fully subsidized Upang maiwasan ang impeksyon sa hepatitis B perinatal sa mga bagong silang na ipinanganak sa mga ina na positibo sa hepatitis B, ang pangangasiwa ng mga immunoglobulin sa pagsilang, pagbabakuna laban sa hepatitis B, at mga gastos sa pagsusuri ng antigen at antibody ay ganap na tinulungan na bayaran.

● Pagiging karapat-dapat: Mga bagong silang na ipinanganak sa hepatitis B surface antigen (HBsAg) positibo o e-antigen (HBeAg) positibong Ina

– Ang mga ina ay nagsumite ng Ulat ng prenatal test sa panahon ng pagbubuntis\* at binigyan ng pahintulot sa pagkakaalok ng personal na impormasyon

\* Positibong resulta ng maternal surface antigen (HBsAg) o e-antigen (HBeAg) sa panahon ng pagbubuntis o sa loob ng 7 araw pagkatapos ng panganganak

● Mga detalye ng Programa:

①Tanging pangangasiwa ng immunoglobulins sa kapanganakan, ② 3 pangunahing pagbabakuna (sa 0, 1 at 6 na buwan), at ③ 1 hepatitis B antigen/antibody test pagkatapos ng pangunahing pagbabakuna

※ Karagdagang ganap na tulugang bayaran para sa muling inoculation (hanggang sa 3 beses) at muling pagsusuri (hanggang sa 2 beses) depende sa pangunahing mga resulta ng antigen at antibody test

● Tagapagbigay ng pagbabakuna: Malapit na pampublikong sentro ng kalusugan o itinalagang institusyong medikal

※ Upang makahanap ng isang itinalagang mga institusyong medikal na malapit sa inyo, kumunsulta sa website ng Tulong sa Pagbabakuna (<https://nip.kdca.go.kr>)

※ Ang mga pampublikong sentro ng kalusugan na pinamamahalaan ng ilang mga lokal na pamahalaan ay maaaring hindi makapagbigay ng pagsusuri; mangyaring suriin muna bago bumista

# Proyektong Suporta sa Pambansang Pagpapabakuna

## 국가예방접종 지원사업

### » Pambansang Programa ng Pagbabakuna nang Human Papillomavirus (HPV)

Ang gastos ng pagbabakuna ng HPV upang maiwasan ang cancer tulad ng cervical cancer na sanhi ng impeksyon ng Human papillomavirus (HPV) ay ay ganap na tungang bayaran.

- **Pagiging karapat-dapat:** Mga batang babae na may edad na 12 hanggang 17, mababa ang kita \* mga babaeng may edad na 18 hanggang 26

\* Mga pangunahing nakakatanggap ng seguridad sa pamumuhay mga taong may mababang kita (50% o mas mababa sa karaniwang median na kita 50% sa ilalim ng "National Basic Living Security Act")

※ Makipag-ugnayan sa isang pampublikong sentro ng kalusugan na malapit sa inyo o sa isang itinalagang institusyong medikal para sa mga detalye sa pagiging karapat-dapat

- **Mga detalye ng Programa:** Buong pagtulong sa pagbabayad sa gastusin ng pagbabakuna sa sakit sa taong papillomavirus (HPV) infection

\* Buong pagtulong sa pagbabayad ayon sa pamanatayan ng pagbabakuna: 2 pagpapabakuna na kinakailangan kung ang edad sa unang pagbakuna ay 14 o mas mababa; 3 pagbabakuna na kinakailangan kung ang edad sa unang pagbakuna ay 15 o higit pa

※ Ang pagpapapayo sa kalusugan nga ibihigay kasama ang pagbakuna ng HPV para sa mga babaeng nagdadalaga na may edad 12 pataas

- **Mga bakunang binibigay:** Cobarix (HPV2), Gardasil (HPV4)

※ Ang HPV 9 na bakuha ay hindi karapat-dapat para tulong ng pagbabayad

- **Tagapagbigay ng pagbabakuna:** Malapit na pampublikong sentro ng kalusugan o itinalagang institusyong medikal

※ Upang makahanap ng isang itinalagang mga institusyong medikal na malapit sa iyo, kumunsulta sa website ng Tulong sa Pagbabakuna (<https://nip.kdca.go.kr>)

※ Ang mga pampublikong sentro ng kalusugan na pinamamahalaan ng ilang mga lokal na pamahalaan ay maaaring hindi makapagbigay ng pagsusuri; mangyaring surin bago bumisita

### » Pambansang Programa ng Pagbabakuna para Influenza

Para maiwasan maiwan an impeksyon gawa ng influenza, ang gastos para sa pagbabakuna ng influenza para sa mga bata at mga matatanda t mga buntis na babae at para sa mga delikadong komplikasyon ay buong tutulong sa pagbayad.

※ Ang programa ng pagbabakuna laban sa influenza ay pinapatakbo pana-panahon; mangyaring kumunsulta sa website ng Tulong sa Pagbabakuna sa paligid ng Setyembre ng bawat taon para sa iskedyl ng programa.

- **Pagiging eligible:** Mga bata nga nag-edad ng 6 na buwan hanggang sa 13 na taon, mga buntis, mga senyor na nag-edad ng 65 pataas

※ Makipag-ugnayan sa pampublikong sentro ng kalusugan na malapit sa inyo o sa nakatalagang medical na institusyon para sa detalye ng pagkakapat-dapat

- **Mga detalye ng programa:** 1 pagbbakuna ng influenza bawat panahon

※ 2 pagbabakuna para sa mga karapat-dapat ng mga tao na may edad na 6 na buwan hanggang 8 taon na tumatanggap ng unang pagbabakuna ng influenza

- **Tagapagbigay ng Pagbabakuna:** Malapit na pampublikong sentro sa kalusugan o itinalagang medical na institusyon

※ Para makahanap ng nakatalagang medical na institusyon na malapit sa inyo, komunsulta sa website ng Tulong para sa Pagbabakuna (<https://nip.kdca.go.kr>)

※ Ang mga pampublikong sentro na pinamamahalaan ng lokal na pamahalaan ay maaaring hindi makapagbigay ng pagsusuri; mangyaring surin bago bumisita

# Follow-Up na Programa sa Pagbabakuna para sa mga Mag-aaral na Pumapasok sa Elementarya o Gitnang Paaralan

## 초·중학교 입학생 예방접종 확인사업

### » Follow-Up na Programa sa Pagbabakuna para sa mga Mag-aaral na Pumapasok sa Elementarya o Gitnang Paaralan

Para maiwasan ang pagkalat ng nakakahwang sakit sa mga paaralan, ang tala sa mga pagbabakuna ng mga mag-aaral na pumapasok sa elementarya o sa gitnang paaralan ay tinitingnan\* at ang hindi nabakunahang mga mag-aaral ay iniingganyo na magbabakuna.

\* Ang [Infectious Disease Control and Prevention Act] Artikulo 3131 (Ascertainment as to Completion of Vaccination), [School Health Act] Artikulo 10(Inspection of Completion of Vaccination)

- **Pagiging karapat-dapat:** Mga mag-aaral na pumapasok sa elementarya o gitnang paaralan sa kasalukuyang taon

- **Mga kinakailangang Bakuna:**

– (Paaralang Elementarya) 4 na kinakailangang bakuna para sa mga batang may edad na 4 hanggang 6

※ DTaP ika-5 ikot, IPV ika-4 ikot, MMR ika-2 ikot, hindi aktibong Japanese encephalitis na bakuna ika-4 na ikot (o buhay na attenuated na bakun ika 2 na ikot)

– (Gitnang Paaralan) 3 iniuutos na pagbabakuna para sa mga batang may edad na 11 hanggang 12

※ Tdap (o TD) ika-6 na ikot, hindi aktibong Japanese encephalitis na bakuna ika-5 ma ilot (o live-attenuated na bakuna ika-2 ikot), HPV unang ikot (mga babaeng mag-aaral)

- **Mga detalye ng programa:**

ang mga paaralan at pampublikong sentro ng kalusugan ay gumagamit ng datos sa mga bagong mag-aaral mula sa Ministry ng Edukasyon at datos sa pagbabakuna mula sa Korea Disease Control and Prevention Agency upang kumpirmahin ang pagbabakuna; hinihikayat ang mga hindi pa nabakunahan na mag-aaral na magpa-bakuna at bibigyan nga impormasyon kung papaano makapagbabakuna.

※ Ang mga mag-aaral na may tala ng kompletong bakuna sa website ng Tulong sa Pagbabakuna ay hindi na kailangang magsumite ng (Sertipikasyon ng Pagbakuna) sa kanilang paaralan)

※ (Ang mga Taong may mga Kontra-indikasyon sa Pagbabakuna) dapat humiling ng pagsuri ng institusyong medikal (o institusyong medikal na nagbibigay ng pagbabakuna) upang elektronikong irehistro ang kanilang (Kontra-indikasyon sa Pagbabakuna). Kung ang institusyong medikal ay hindi maaaring elektronikong magparehistro ng isang mag-aaral (mga kontraindikasyon sa pagbabakuna), ang mag-aaral ay dapat makatanggap ng isang sertipikong medikal na tumutukoy sa (mga kontraindikasyon sa pagbabakuna) at isumite ang pareho sa paaralan pagkatapos ng pagkatanggap sa paaralan.

If the medical institution cannot electronically register a student's (Immunization Contraindications), the student must receive a medical certificate specifying the (Immunization Contraindications) and submit the same to the school after admission

- ▶ **Mga taong may Kontra-indikasyon sa Pagbabakuna:**

– Ang mga taong may malalang allergic na reaksyon (anaphylaxis) sa bakuna o nagkaroon ng malalang allergic na reaksyon pagkatapos ng naunang pagbabakuna

– Ang mga taong nakaranas ng encetapalopathy na hindi alam ang pinanggalingan sa loob ng 7 araw matapos mabakunahan para sa tuyong ubo

\* Ang mga pansamantalang kondisyon tulad ng mataas na lagnat o pangangasiwa ng mga immunoglobulin, at allergy sa itlog o atopic dermatitis ay hindi mga kontraindikasyong pagbabakuna



# 어린이가 건강한 대한민국의 Ang Republika ng Korea ay Nagmamalasakit sa Kalusugan ng Iyong Anak



질병관리청 | KRA  
대한의사협회 | KPA  
예방접종전문위원회  
Special Committee on Immunization

## 표준예방접종일정표 (2024) Karaniwang Sentro ng Pagbakuna (2024)

대상 감염병 Target ng Nakakahawang Sakit	최소 Round	출생시 Pagkapanatag	4주 이내 Sa loob ng 40 Days	1개월 1 buwan	2개월 2 buwan	4개월 4 buwan	6개월 6 buwan	12개월 12 buwan	15개월 15 buwan	18개월 18 buwan	19~23개월 19-23 buwan	24~59개월 24-59 buwan	6세 Edad 6	11세 Edad 11	12세 Edad 12
B형간염 Hepatitis B	3	HepB 1차 (Hep B unang hak)	HepB 2차 (Hep B 2ar-2 hak)				HepB 3차 (Hep B 3ar-3 hak)								
결핵 Tuberculosis	1	BCG 1차 (BCG 1st round)													
디프테리아 Diphtheria 파상풍 Tetanus 백일해 Whooping na ubo	5			DTaP 1차 (DTaP 1st round)	DTaP 2차 (DTaP 2nd round)	DTaP 3차 (DTaP 3rd round)		DTaP 4차 (DTaP 4th round)				DTaP 5차 (DTaP 5th round)			DTaP/Td 6차 (DTaP/Td 6th round)
폴리오 Polio	1			IPV 1차 (IPV 1st round)	IPV 2차 (IPV 2nd round)			IPV 3차 (IPV 3rd round)					IPV 4차 (IPV 4th round)		
B형헤르페스인플루엔자 Type B haemophilus influenza	4			Hb 1차 (Hb 1st round)	Hb 2차 (Hb 2nd round)	Hb 3차 (Hb 3rd round)		Hb 4차 (Hb 4th round)							
폐렴구균 감염증 Pneumococcal infection	4			PCV 1차 (PCV 1st round)	PCV 2차 (PCV 2nd round)	PCV 3차 (PCV 3rd round)		PCV 4차 (PCV 4th round)							
로타바이러스 감염증 Rotavirus infection	-														
홍역 Measles 우형성인상선염 Mumps 풍진 Rubella	2			RV 1차 (RV 1st round)	RV 2차 (RV 2nd round)										
수두 Varicella	3			RV 1차 (RV 1st round)	RV 2차 (RV 2nd round)	RV 3차 (RV 3rd round)									
A형간염 Hepatitis a	2														
일본뇌염 Japanese encephalitis	5														
사립우두종바이러스 감염증 Human papillomavirus infection	2														
인플루엔자 Influenza	-														

### 국가 예방접종 National vaccinations

● **국가예방접종:** 국가에서 관장하는 필수예방접종(국가는 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률)을 통해 예방접종 대상 감염병과 예방접종 실시기준 및 방법을 정하고, 이를 근거로 재원을 마련하여 지원하고 있음. Nasyonal na Pagbakuna: Inirekomenda ng mandatoryong pagbakuna ng estado. Nagreseta ang estado ng mga nakakahawang sakit na ipinapailalim sa pagbakuna, itinakda ang pamantayan at pamamaraan para sa pagbabakuna, at magbibigay ng pondo sa pagbabakuna at pag-subsidize balay sa "infectious Case Control and Prevention Act"

● **기타(예방접종):** 예방접종 대상 감염병 및 지정감염병 이외 감염병으로 민간 의료기관에서 접종 가능한 유료 예방접종. Iba pang mga pagbakuna: Nag-aalok ang mga pribadong medikal insituisyon para sa nakakahawang sakit maliban sa itinalagang nakakahawang sakit at nakakahawang sakit na ipinapailalim sa pagbabakun sa nasyonal.

● **DTaP, IPV, Hib** 백신은 예방접종일정에 따라 DTaP-IPV(디프테리아·파상풍·백일해·폴리오) 또는 DTaP-IPV/Hib(디프테리아·파상풍·백일해·폴리오) 또는 DTaP-IPV/Hib(디프테리아·파상풍·백일해·폴리오) 혼합백신으로 접종 가능. DTaP, IPV, Hib Magdepende sa iskedul ng iyong DTaP, IPV at Hib na bakuna, maaari kang tumanggap ng DTaP-IPV (diphtheria, tetanus, whooping na ubo, polio) o DTaP-IPV/Hib (diphtheria, tetanus, whooping na ubo, polio) at type b hemophilus influenza) na bakuna

IV-메단 접종 (Seasonal Vaccination)